EPIDEMIOLOGÍA ARGENTINA

ESTUDIO

SOBRE LAS

EPIDEMIAS DE FIEBRE AMARILLA

EN EL

RIO DE LA PLATA

POR EL

DOCTOR JOSÉ PENNA

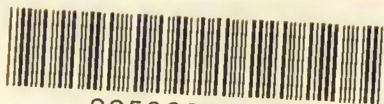
Vocal honorario del Departamento Nacional de Higiene
y Presidente del Consejo.—Académico titular de la Facultad de Ciencias
Médicas de Buenos Aires.
Profesor titular de Patología Interna en la misma Facultad.
Director de la Casa Municipal de Aislamiento.
Ex-Presidente del Círculo Médico Argentino.—Vice-Presidente de la
Sociedad Médica Argentina.



BUENOS AIRES

Imprenta de Obras, de J. A. Berra, Bolivar 455

1895


22502860543

EPIDEMIOLOGÍA ARGENTINA

ESTUDIO

SOBRE LAS

EPIDEMIAS DE FIEBRE AMARILLA

EN EL

RIO DE LA PLATA

POR EL

DOCTOR JOSÉ PENNA

Vocal honorario del Departamento Nacional de Higiene
y Presidente del Consejo.—Académico titular de la Facultad de Ciencias
Médicas de Buenos Aires.
Profesor titular de Patología Interna en la misma Facultad.
Director de la Casa Municipal de Aislamiento.
Ex-Presidente del Círculo Médico Argentino.—Vice-Presidente de la
Sociedad Médica Argentina.



BUENOS AIRES

Imprenta de Obras, de J. A. Berra, Bolivar 455

1895


LIBRARY

PREFACIO

Desde el año 1871 en que tuvo lugar la epidemia más mortífera de cuantas recuerdan los anales de esta Capital, la *fiebre amarilla* ha representado siempre la cuestión de más vital importancia para los higienistas de este país amenazado anualmente de nuevas importaciones.

Y razón sobrada han tenido para temerla. En relacion constante con los puertos del Brasil, donde ella reina al estado endémico desde mediados del presente siglo, se comprende que su difusión y propagación á los puertos del Plata, solo sea una mera cuestión de oportunidad, que para nuestra desgracia, se ha efectuado más de una vez.

Pensar, pues, en los medios de crearle un obstáculo que detenga su fácil expatriación, limitar sus efectos en los navíos trasmisores del contagio alejándolos de los puertos, y sin perjudicar al comercio, disminuir en lo posible las antiguas cuarentenas, tal ha sido el problema sentado y

resuelto de diversa manera por nuestras autoridades sanitarias hasta llegar á la formula sancionada por la Convención con el Brasil y la República Oriental del Uruguay, por la cual se acordaron las bases de la defensa mútua, fundadas principalmente en la inspección sanitaria y en la desinfeccion.

Al emprender el presente estudio, no me alienta más deseo que el de hacer conocer á nuestros jóvenes médicos toda la importancia que para nuestro país ha representado y aún representará en el porvenir esta enfermedad viajera, la magnitud de los desastres que ha ocasionado, en fin, los medios que se han empleado para evitar sus invasiones, hasta llegar, gracias á la *ciencia nueva* que hoy ilustra los misterios del contagio, á una fórmula definida y clara, que si bien es susceptible de modificación, siempre constituirá la sólida base de cualquier sistema de defensa marítima de la República contra las invasiones mórbidas exóticas. Esta fórmula está sintetizada en el siguiente lema: Máximun de desinfección, mínimum de cuarentena. Y tócale al actual Departamento Nacional de Higiene el haberla hecho práctica.

Algunos distinguidos médicos del Departamento han colaborado, particularmente en la parte clínica de este estudio, para hacerlo más completo y es con su concurso, que no puedo menos de agradecer que he podido llevarlo á feliz término.

Este trabajo, pues, no me pertenece exclusivamente: es la obra de la Institución cuyos representantes en la brega diaria que su tarea les impóne, no buscan sinó la satisfacción íntima del deber honradamente cumplido en homenage al país que ha puesto en sus manos la defensa de la salud pública.

Debo decir para terminar, que este estudio será complementado con algunos capítulos dedicados á la patología y á la anatomía patológica, que aparecerán en una segunda edición.

Noviembre 1° de 1895.

José Penna.

CAPITULO I

Primeras epidemias de fiebre amarilla en el Plata

Montevideo (1857).—Buenos Aires (1858)

SUMARIO: — El Brasil como foco de las epidemias de fiebre amarilla en el Río de la Plata—.Origen de la importación de la primera epidemia en Montevideo.—Estudios de los Doctores Adolfo Brunel y Emilio García Wick.—Mortalidad.—Influencia de las condiciones locales sobre el desarrollo de la epidemia: estación; impermeabilidad del suelo; aguas estancadas; mareas; hacinamiento en los *conventillos;* alimentación; influencias meteorológicas.—Estudio clínico y descripción de la enfermedad.—Clasificación de los períodos de la evolución.—Complicaciones y recaídas.—La fiebre amarilla en Buenos Aires.—Itinerario de la epidemia en su fase inicial.—Acción circunscripta del contagio revelada por la poca difusión. —Consideraciones sobre el origen de la importación.—Conclusiones.

La fiebre amarilla, importada por última vez al Brasil en el año 1849, ha concluído por aclimatarse en ese país, como lo revelan sus epidemias periódicas, casi anuales, las que, extendiendo cada vez más la zona peligrosa, amenazan frecuentemente á los puertos vecinos con su fácil trasmisión.

Limitada la enfermedad á este segundo foco americano de reciente formación, no logró en un

principio propagarse hacia los puertos más australes, hasta el año 1857, en que por primera vez estalló en la ciudad de Montevideo, situada sobre la margen izquierda del Río de la Plata.

El origen de esta epidemia, que tantas víctimas costó al Estado Oriental, se encuentra estudiado de distinta manera en dos monografías escritas en el año 1860 por los doctores Adolfo Brunel [1] y Emilio García Wick [2]. El primero admite sin vacilar la importación; el segundo la discute conforme con la tesis que sostuvo ante nuestra Facultad bajo el siguiente epígrafe: «La fiebre amarilla es una enfermedad local». Ambos presentan las mismas pruebas, disintiendo solo en la interpretación, como podrá juzgarlo el lector al consultar sus respectivos trabajos.

El doctor Brunel se funda en datos exactos y en investigaciones prolijas hechas por empleados de policía, que constan en el informe oficial redactado por el doctor Azarola, del cual resulta que los primeros casos de fiebre amarilla en Montevideo observáronse en el mes de Febrero de 1857, en algunos marineros que habían comunicado clandestinamente con buques que en esa fecha cumplían su cuarentena en ese puerto, porque procedían de Río Janeiro, donde reinaba epidémicamente dicha enfer-

(1) *Mémoire sur la Fièvre Jaune*, Paris, 1860.
(2) La Fiebre Amarilla es una enfermedad local. Tesis. Buenos Aires, 1860.

medad. Entre esos buques se contaba el brick danés «Le Courrier» que había perdido en su viaje al piloto y al carpintero, y tenía aún tres enfermos al entrar á la rada.

El efecto inmediato de la violación cuarentenaria fué que tres de los cuatro marineros contrabandistas (tal era su ocupación) murieran atacados por la fiebre amarilla; uno el 22 de Febrero, otro el 28, y el tercero pocos días después. Estos individuos trasmitieron la enfermedad á sus familias y al sacerdote Federico Ferreti que había prestado sus auxilios á uno de los enfermos, y que murió también el 7 de Marzo, víctima del mal adquirido en el cumplimiento de su sagrado deber.

Estos enfermos habitaban el barrio Norte de la ciudad, donde las condiciones higiénicas locales eran defectuosas; por consiguiente, el germen mórbido halló en ellas los elementos necesarios para reproducirse con facilidad, y muy brevemente los casos se multiplicaron hasta llegar á formar un foco epidémico de cierta magnitud. Los pequeños núcleos de población inmediatos fueron invadidos á su vez, recordándose entre los primeros á los peones de la barraca del señor Mac-Eacken.

El doctor García Wick refiérese á las mismas fuentes de informaciones, y añade que además de «Le Courrier» llegaron en la misma época los vapores «Warp» y «Prince» de igual procedencia y con patente sucia, y que los pasajeros que traían de-

sembarcaron después de haber sufrido una cuarentena de diez días. Estos dos navíos reforzaron la infección, pues suministraron algunos enfermos de fiebre amarilla, desarrollada preferentemente en los individuos que trasportaron los equipajes á tierra; de éstos se trasmitió á sus parientes, habiendo otros pasajeros diseminado por distintos rumbos de la ciudad el germen activo de la epidemia comenzante.

Después de estos hechos perfectamente averiguados, de la opinión de médicos prácticos y del manifiesto de la Junta de Sanidad, que establecen el principio, el desarrollo y luego la generalización de la fiebre amarilla, antes desconocida en Montevideo, y que solo había nacido en seguida de la llegada á dicha localidad de enfermos análogos que la habían adquirido en otra zona, en otro clima donde reina de un modo contínuo, causa extrañeza ver al doctor García Wick sostener la siguiente proposición: «La fiebre amarilla fué espontánea, fué originada por los miasmas que se exhalaban en el Cubo Norte.»

Bien pronto, y á favor de la falta de un tratamiento sanitario apropiado, la epidemia se generalizó á toda la ciudad y concluyó por atacar indistintamente al tercio de la población, calculada en 15.000 almas, produciendo una mortalidad estimada en 1.200 según unos, y 1.500 según otros. [1] Las

(1) Mi distinguido amigo el Dr. Jacobo Z. Berra, á quien debo el conocimiento de la Memoria del Dr. Brunel, me ha proporcionado, estando ya

familias emigraron en gran parte á la campaña y á Buenos Aires, donde recién á mediados del mes de Abril se establecieron medidas sanitarias, consistentes en cuarentenas.

La epidemia de fiebre amarilla en la capital de la República Oriental, que hacía apenas seis años que se había libertado del sitio más prolongado que cuenta la historia de América, debió encontrar elementos favorables de localidad para radicarse y prosperar. Y en efecto, el Dr. Brunel, que dedica á esta cuestión etiológica un capítulo muy interesante, señala entre las causas coadyuvantes la mala calidad

en prensa este trabajo, el siguiente cuadro estadístico sobre la mortalidad producida por esa epidemia. Al hacer público tan valioso concurso, cúmpleme espresarle mi sincero agradecimiento.

Estadística Mortuoria de la primera epidemia de fiebre amarilla desarrollada en Montevideo en el año 1857

(Datos recojidos por la policía)

NACIONALIDADES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Franceses	37	185	53	7	282
Italianos	54	133	40	4	231
Españoles	28	91	18	6	143
Uruguayos	33	88	38	4	163
Ingleses	3	5	1	—	9
Brasileros	1	2	—	—	3
Portugueses	2	3	—	—	5
Argentinos	2	2	—	—	4
Polacos	1	—	—	—	1
Suizos	—	1	—	—	1
Rusos	—	1	—	—	1
Austriacos	—	1	—	—	1
Paraguayos	—	1	—	—	1
Norte-Americanos	—	1	—	—	1
Africanos	—	1	—	—	1
Malteses	—	1	—	—	1
Alemanes	—	—	—	2	2
Sin especificar	19	17	2	—	38
Totales	180	533	152	23	888

de los alimentos, el uso de la fruta en mal estado y asoleada, el hacinamiento de las personas en barracas de madera, las calles sin pavimento, los depósitos de aguas corrompidas, la vecindad de la ribera influenciada por las mareas, el mal estado de las letrinas, el calor atmosférico, la acción del sol sobre terrenos expuestos, etc.

La influencia del hacinamiento se hacía ya sentir en esa época en los *conventillos*, definidos por el doctor Brunel de la siguiente manera: «*Grandes et vieilles maisons à demi ruinées où vivent aglomerées les gens les plus pauvres.*»

Como sucede siempre, la epidemia encontró en los barrios más abandonados por la higiene las condiciones mejores para prosperar, y en esa ocasión eligió la dársena norte donde se apiñaba una población formada por marineros, pescadores, curtidores, etc., la cual se alojaba en casillas de madera edificadas sobre terrenos inundados por las aguas y próximos al mar, que con las oscilaciones periódicas de las mareas contribuía á mantener extensas superficies de suelo en constante fermentación. Si á esto se añade, como lo dice Brunel, que las basuras y desperdicios de la ciudad durante muchos meses habían servido antes para nivelar las depresiones de la superficie de las calles que á ese paraje conducían, se comprenderá que se hallaban fatalmente reunidas las circunstancias favorables para el sostenimiento y reproducción del germen epidémico. Nú-

cleos análogos, reveladores de la incuria y el abandono, pero no de tanta extensión, existían también irregularmente distribuídos por la ciudad, y fueron los habitantes de esos parajes los que más asidero dieron á la epidemia.

Las observaciones meteorológicas no nos ilustran en manera alguna sobre el desarrollo, ni sobre la marcha, las oscilaciones y el término de la epidemia.

En efecto, la temperatura en el mes de Marzo alternó entre 30° y 21° Reamur; en Abril el máximum alcanzó á 31° y el mínimum á 12°, y, por último, en Mayo osciló entre 27° y 11°. La presión atmosférica presentó grandes variaciones, siendo las cifras extremas observadas las siguientes: 752$^{m.m.}$ y 772$^{m.m.}$ El tiempo fué en general bueno durante todo el reinado de la epidemia.

En cuanto á las modalidades clínicas que la epidemia de fiebre amarilla permitió observar, puede afirmarse que los documentos que existen no son suficientes para analizarlas en detalle. Por regla general, la enfermedad evolucionaba siguiendo los períodos clásicos correspondientes á las fases de invasión y de localización gastro-hepática del mal, comunmente separadas por una pausa ó remisión intercurrente de los síntomas. La fiebre correspondía unas veces al tipo remitente, otras al intermitente; pero hay que hacer notar que estas observaciones no tenían al termómetro por guía, y que por lo tanto no han de ser del todo exactas.

Sin embargo, como esta enfermedad suele presentarse bajo tipos diversos, según muchas condiciones derivadas de los sujetos ó del conjunto de influencias exteriores imputables al clima, es conveniente exponer aquí en extracto la sintomatología observada. Estas consideraciones clínicas permitirán en todo tiempo establecer las analojías ó diferencias que entre sí las epidemias de fiebre amarilla pueden ofrecer.

Según el Dr. Brunel, los caracteres sintomáticos de la fiebre amarilla en Montevideo presentaron esas variaciones ya indicadas, atribuídas precisamente á las causas referidas, pero con generalidad se observaron tres series de síntomas que á su juicio especializaban tres grados ó períodos bien distintos de esta enfermedad.

El primer grado se anunciaba por prodromos muy insidiosos y variables; los más ordinarios eran: escalofrío, cefalalgia, raquialgia lumbar, dolor en el epigastrio, nauseas, vómitos, laxitud general. Entre los síntomas del sistema nervioso hay que añadir: insomnio, pesadilla, delirio, etc. La raquialgia era típica, intensa, con irradiaciones descendentes y ascendentes. La constipación era la regla.

Algunas veces se observaba que el rostro de los enfermos era animado, las córneas se volvían brillantes, las conjuntivas inyectadas y la secreción lacrimal aumentaba.

La observación de la fiebre en este período fué

muy imperfecta, á juzgar por el siguiente párrafo:

«El calor de la piel, variable, era unas veces natural, otras ardiente y seco; en algunos casos se acompañaba de traspiración. El pulso era muy rara vez elevado, febril; la respiración estaba poco dificultada; las orinas raras.»

Este período se prolongaba por dos ó tres días, al cabo de los cuales solían colorearse las escleróticas de un tinte amarillento.

El segundo período se iniciaba entonces (del tercero al cuarto día) por una atenuación acentuada de los síntomas: la lengua se limpiaba, la inteligencia se despejaba y la piel se ponía fresca.

Esta pausa que caracterizaba el 2° grado pasaba á veces inapercibida; en otras duraba algunas horas, sin exceder jamás de un máximum de 48.

Esta remisión prolongada fué causa de graves accidentes para los enfermos que durante ella se levantaban ó se entregaban á imprudencias. Los principales síntomas eran: palidez, ictericia, nauseas y cefalalgia poco acentuadas, inteligencia perfecta, en fin, mejoría gradual que, como lo sabemos, llega muchas veces á la curación total; pero en esta epidemia solía observarse al fin del 2° período hemorragias por la nariz ó por la boca.

«Cuando la enfermedad se anunciaba con síntomas graves, el tercer período llegaba al 2° día, pero en los casos ordinarios era al 4° ó 5°. Este último período caracterizaba los fenómenos del envenena-

miento general.» Sus principales síntomas se desenvolvían en el siguiente orden: delirio de acción y de palabra, convulsiones, estupor, llegando siempre ó alternando con el coma; pulso frecuente, pequeño, hasta tornarse filiforme é imperceptible; la respiración se hacía lenta, la temperatura descendía; la piel tomaba un color amarillo azafrán, notándose á veces petequias y equimosis; las orinas se suprimían y las hemorragias se efectuaban por diversos órganos: nariz, boca, recto, uretra, útero, etc., pero jamás por los ojos, según afirmación expresa del Dr. Brunel. Los síntomas gástricos se exacerbaban apareciendo los vómitos con olor á huevos podridos muchas veces, notándose que los enfermos exhalaban «un olor pestilencial.»

En cuanto á las complicaciones, el autor indicado señala la aparición de enormes abcesos que se situaban preferentemente en los brazos, en el cuello y en las nalgas, accidentes que ocurrían sobre todo cuando la enfermedad se prolongaba por más de 20 días.

Estas verdaderas infecciones secundarias eran graves y en algunos casos llegaron hasta determinar la infección purulenta.

La patogenia atribuída á estos abcesos era bien extraña, pues se admitía con bastante generalidad que su origen se relacionaba con las hemorragias subcutáneas producidas, y no con procesos flegmásicos anteriores, pues Brunel asegura que entre sus

síntomas precursores nunca notó los caracteres inflamatorios clásicos, lo que haría suponer que se desarrollaban de un modo análogo á los abcesos fríos.

La duración de la fiebre amarilla era variable. Cuando la terminación había de ser fatal, ella se presentaba al 3° ó 4° día, y en casos muy raros á las 24 horas (forma fulminante de las enfermedades infecciosas.) Cuando, por el contrario, tendía hacia la curación, el proceso evolucionaba regularmente en dos semanas, excepcionalmente en tres.

Las recaídas fueron frecuentes y originadas en la mayoría de los casos por defectos de régimen ú otras imprudencias durante la convalecencia; en cambio, las recidivas fueron rarísimas y probablemente mal interpretadas.

Tal es en pocas palabras la primera epidemia de fiebre amarilla que se desarrolló en el Río de la Plata á causa de una importación perfectamente demostrada.

En el año siguiente, 1858, la fiebre amarilla invadió á la ciudad de Buenos Aires, sobre la margen derecha del Río de la Plata, siendo ésta la primera epidemia de ese género que recuerdan sus anales.

Sin dificultad alguna la epidemia pudo haber sido introducida de la vecina República Oriental durante la fase activa de su reinado en ese país; pero no sucedió así, á pesar de haber venido á morir por tal causa á Buenos Aires cinco enfermos de esa procedencia (Dr. García Wick), los cuales, sin embargo, perma-

necieron como casos aislados y únicos, sin lograr trasmitir la infección en este último lugar.

La epidemia de fiebre amarilla en la República Argentina estalló en el mes de Marzo del año 1858, y su causa inmediata fué, como en Montevideo, la importación por navíos procedentes del Brasil, foco prolífico que recién comenzaba á irradiar los gérmenes nocivos del tifus icteroide que vive y prospera en sus puertos y ciudades más comerciales.

El itinerario de esta epidemia fué en su principio perfectamente establecido y su estudio revela, á la par que la débil intensidad del contagio, la lentitud de su marcha, hecho tal vez explicable por las resistencias locales y por la poca virulencia del germen expatriado.

El primer caso tuvo lugar el 16 de Marzo en una mujer que hacía muchos años que residía en Buenos Aires, en la calle de Balcarce N° 242, (1) sita á inmediaciones del antiguo Hospital General de Hombres. La enferma fué examinada por los doctores Salustiano Cuenca, Bosch, Juan J. Montes de Oca y Bruno, quienes diagnosticaron la fiebre amarilla, insistiendo particularmente sobre dicha clasificación el Dr. Montes de Oca, que conocía bien esta enfermedad, por sus observaciones en el Brasil durante la emigración. Esa enferma murió el día 19 y tras-

(1) La numeración de las casas que se indican, corresponde, como se comprende, á la empleada en aquella época, bien distinta de la usada en la actualidad.

mitió su mal á una hija de 2 y medio años de edad, la cual curó. El 25, un primo de la primera enferma, que se alojaba en un cuarto de la misma casa, fué igualmente atacado y falleció el día 28.

Estos primeros enfermos suscitaron serias dificultades respecto á la identificación de su mal: algunos pensaron en una intoxicación, otros en accidentes gastro intestinales complicados de lesiones hepáticas, no pudiendo la mayoría admitir que fueran debidos á la infección por el veneno amarillo, el cual desconocían casi todos en sus determinaciones clínicas. Aparte de todo esto, en el primer momento de producidos los casos, no podían referirlos á una importación bien definida.

No obstante esta incertidumbre, la enfermedad con igual sintomatología y gravedad seguía cundiendo en ese barrio. El 26 se produjo un nuevo caso en una mujer domiciliada en la misma calle y situada en su vecindad (calle Balcarce núm. 250). Esta señora no había tenido contacto con ninguna de las personas del primer foco, pero en su casa vivía el Dr. García Wick, quien había visto los enfermos y asistido á sus autopsias. El día 30 la fiebre amarilla atacó á un sujeto que vivía en esa cuadra, pero en la acera de enfrente, núm. 327. Este tampoco había comunicado con el foco, pero tenía por médico á un estudiante del hospital que lo asistía por una *lue venerea* y que se había hallado en continua relación con los enfermos. Este último falleció

el 1° de Abril, y el mismo día se supo que al lado de la casa originariamente infectada (núm. 244) existían dos nuevos atacados, uno de los cuales se encontraba postrado desde el 24. El 26 de Marzo uno de los individuos que había huído de la casa infectada fué á enfermarse en su nuevo domicilio (calle Cochabamba), siendo llevado al lazareto que se había improvisado, donde murió el 9 de Abril; otro caso fué descubierto en una casa inmediata de la calle de Europa y estaba atacado desde el 26.

Resumiendo se vé, pues, que en un período de diez días, del 16 al 26 de Marzo, se habían enfermado en un radio limitado de la calle de Balcarce siete personas y una de la vecindad.

Pero sigamos aún la marcha del contagio: el 31 de Marzo se enferma un niño en la calle de Balcarce núm. 210; otra persona, huyendo del foco, va á morir el 5 de Abril en la calle Cuyo núm. 38; el 4 de Abril un caso en iguales condiciones, y que se había alojado en la calle Defensa núm. 317, entra en el lazareto y fallece dos días después; otro, afectado el 2 (Balcarce 240) murió en el mismo lazareto el 5; en fin, un último caso de igual procedencia fué á enfermarse en la calle de Santa Rosa número 306.

Esta sucesión de enfermos atacados de un mal idéntico, con iguales síntomas, todos derivados del mismo sitio, debía inspirar desconfianzas y producir aún en los más escépticos la idea de que una causa común había intervenido para su desarrollo. Y esa

creencia debía afirmarse tanto más cuanto que á medida que el tiempo transcurría los casos se iban haciendo más numerosos, precisamente alrededor del foco originario, donde tenía que hacerse sentir más la influencia patogénica. La propagación de la fiebre amarilla marchó en un principio exactamente lo mismo que se extiende en el papel una mancha de aceite y creció en sentido periférico del centro primeramente infectado: tales fueron los casos que siguieron manifestándose en las calles de Balcarce, Europa, Defensa, Comercio, etc.

Hasta mediados del mes de Abril la epidemia se mantuvo circunscrita á este foco situado al Sud de la ciudad; el 18 se originaron nuevos focos en la manzana rodeada por las calles Parque, Reconquista, Corrientes y la ribera; por fin, casos aislados comenzaron después á manifestarse en otros barrios, pero sin alcanzar á determinar centros de propagación del germen mórbido, pues la epidemia, que terminó completamente en el mes de Mayo, solo dió lugar á unos 250 enfermos con 150 defunciones. La población de entonces estaba calculada en 120.000 almas.

Entre los hechos que llamaron la atención, debemos citar uno ya observado en la epidemia oriental y confirmado después en todas las demás que hemos sufrido, y es que los enfermos de fiebre amarilla que salían de Buenos Aires para ir á curarse ó á morir en los pueblos vecinos de la campaña, tales

como Belgrano, San José de Flores, San Martín, etc., no reproducían la enfermedad, agotándose en ellos la infección.

Insistiendo sobre la poca difusibilidad del contagio, que siempre hemos visto ser circunscripto y notablemente limitado en esta epidemia, podríamos citar como elementos comprobativos las observaciones del Dr. García Wick, si no bastara para evidenciarla el haber permanecido la fiebre amarilla confinada por mucho tiempo al estrecho recinto de sus primeros ataques, en las dos cuadras de la calle Balcarce, al Sud del antiguo Hospital General de Hombres, que entonces se hallaba en dicha calle, y el que á pesar de haber estado durante su reinado en franca comunicación con el exterior, solo tuvo dos casos en dos de sus empleados, los cuales no la propagaron sin embargo á ninguno de los 500 enfermos que por entonces formaban su población. Conviene añadir que un hecho análogo se produjo en el Hospital General de Mujeres, que recibió cuatro casos de fiebre amarilla, y por último, que en el mismo lazareto establecido en la quinta de Lezama, á donde concurrieron 40 febricientes, no se observaron contagios internos en los otros enfermos que por error ocuparon algunos días sus camas.

Esta dificultad del contagio, en una enfermedad esencialmente reproductible como la fiebre amarilla, constituye uno de los hechos más curiosos, una rareza tan notable que debe hacernos meditar seria-

mente y de la cual el epidemiologista debe guardar constancia porque no será la única que el estudio histórico de estas epidemias nos presente.

El origen de la epidemia fué reconocido en la importación por navíos brasileros infectados, con enfermos á bordo, que en los días que precedieron á su aparición habían llegado á nuestro puerto, y con los cuales había comunicado el marido de la primera enferma al cumplir las tareas de su oficio de marinero, descargando los productos que traian. Al transportar probablemente objetos contaminados, este hombre se había hecho el vehículo inocente del contagio.

Tales son los datos históricos que conocemos de la primera epidemia de fiebre amarilla en la República Argentina, y de la segunda invasión de esta enfermedad á los puertos del Plata.

Breves como son esos datos, nos ponen de manifiesto que esta afección, que reinaba desde tiempo atrás en estado endémico en el Brasil, hacía ya á este país un lugar peligroso para todos aquellos que sin precauciones bastantes tuviesen que mantener con él relaciones frecuentes, y eran los primeros ejemplos las dos epidemias que sufrieron los dos pueblos de ambas márgenes del Río de la Plata, que recién comenzaron á comprender la necesidad de implantar algún sistema de profilaxia internacional como único medio de defensa.

En aquella época la importación fué fácil, pues no

tuvo que luchar contra ningun obstáculo: toda la profilaxia se limitaba á cuarentenas impuestas sin la oportunidad debida y siempre imperfectamente cumplidas. El criterio del tratamiento sanitario no tenía en vista el período de la incubación del mal, las condiciones higiénicas del navío, la morbilidad durante la travesía. Por sobre todo esto, hay que tener muy en cuenta la ignorancia de esos tiempos sobre el proceso íntimo del contagio, que solo los estudios posteriores nos han revelado con tanta nitidez y que hoy forman la base de la policía sanitaria.

Muchos años veremos pasar aún después de esta época sin que la profilaxia de los puertos de la República llegue á alcanzar el grado de progreso indispensable para defender con seguridad al país de tales invasiones que, una vez efectuadas, tantos trastornos graves han ocasionado.

CAPÍTULO II

Epidemias de los años 1870 y 1871 en Buenos Aires

(Tercera y cuarta importación al Río de la Plata)

SUMARIO:—Importancia de la epidemia del año 1871. — Escasez de documentos que sirvan para ilustrarla.—La pequeña epidemia de fiebre amarilla desarrollada en el Hotel de Roma en el año 1870.—Sistema de profilaxía empleado por el Consejo de Higiene para combatirla. — Reseña sobre el estado de los Servicios Sanitarios de la República en esa época.—Investigaciones sobre el *estado sanitario* de Buenos Aires antes de la epidemia del año 1871.—Desarrollo insidioso de la enfermedad.—Invasion de la Parroquia de San Telmo.—Discusiones en la prensa diaria sobre la naturaleza de esta enfermedad. — Influencia de la fiesla del Carnaval sobre su propagacion.—Marcha, desarrollo y generalización de la epidemia á toda la ciudad. — *Meeting* por la salud pública.—Organización de la *Comisión Popular*.—Medidas adoptadas por el Gobierno y la Municipalidad con el objeto de dominar los estragos de la epidemia.—Grave situación de los habitantes.—Declinación y término de la epidemia.

La epidemia de fiebre amarilla del año 1871 es sin disputa una de las más importantes que ha sufrido la población de Buenos Aires en el presente siglo, y no obstante haber sido numerosos los médicos que la presenciaron, no han dejado estos ningún trabajo ilustrativo. Apenas si podemos contar con el informe de la Junta de Sanidad para orientarnos en su estudio.

Su causa y su principio han quedado hasta ahora en el misterio.

En tal situación nos ha de ser difícil reconstruirla y poder presentarla con sus caracteres verdaderos después de trascurridos 23 años desde su invasión, durante los cuales el silencio más absoluto se ha hecho á su alrededor, recordándose solo esa época como una gran calamidad pública.

Las tesis escritas sobre esta enfermedad por los doctores Salvador Doncel y Jacobo Scherrer, un sucinto estudio del Dr. Alston, las noticias y aún los romances á que también ha servido de tema, no ilustran suficientemente esta epidemia, que es forzoso exhumar antes de que el olvido de los contemporáneos la haga confundir bajo el nombre general de *peste* con otras epidemias igualmente ignoradas y con el mismo nombre designadas por la Historia.

Siguiendo con el método que hemos adoptado en la investigación de todas nuestras antiguas epidemias, y antes de analizar el principio de ésta, vamos á tomar noticia del estado sanitario de esta capital en aquella época, á objeto de reunir los elementos necesarios para conocer el medio en que se efectuó el estallido mórbido exótico.

En el año anterior, es decir, en 1870, habíase producido ya una pequeña epidemia de fiebre amarilla en el centro de esta capital, la cual felizmente pudo ser sofocada antes de que adquiriera caracteres alarmantes. Esa epidemia tomó su orijen en el

Hotel de Roma (que hoy ocupa el mismo local de entonces) y se limitó á determinar casos aislados, de preferencia en las personas que vivían á inmediaciones del Hotel, constituyendo al fin un ejemplo práctico, talvez el primero entre nosotros, de una epidemia de barrio.

El primer enfermo, venido como pasagero de uno de los paquetes de ultramar, falleció de fiebre amarilla el 22 de febrero en el mismo Hotel. A éste siguieron otros enfermos que vivían en la vecindad, y algunos en el puerto, á bordo del vapor inglés «Rosario». De 32 enfermos de fiebre amarilla que sucesivamente se originaron, 19 procedían de la manzana en donde se había presentado el primer caso (1).

(1) La procedencia de 28 de estos enfermos se encuentra indicada en los libros del Hospital San Roque y fué la siguiente:

Número de casos	Fecha		Domicilio
1	Marzo	30	Piedad 18.
1	»	»	Cangallo (Casa de Velez).
1	»	31	Hop. Militar.
1	Abril	1°	Cangallo 179.
1	»	»	» »
1	»	3	Cangallo (al lado del Hotel).
1	»	6	Esmeralda (vuelta del Hotel).
1	»	8	Piedad (esquina de Ombú).
1	»	10	Hotel de Roma
1	»	11	Esmeralda 102 (Caballeriza).
1	»	15	Piedad 371.
1	»	18	San Martin 364.
1	»	22	Cangallo 187.
1	»	»	Salta 355.
1	»	»	Cuyo entre Esmeralda y Maypú.
1	»	»	Cangallo 208.
1	»	25	Esmeralda 102.
1	»	»	Artes 419,
1	»	»	San Lorenzo 14.
1	»	28	Maipú 94.
1	»	»	» »
1	»	30	Piedad 852 (Fonda once Setiembre),
1	»	»	Cangallo 464.

El sistema de profilaxia empleado para combatir esta epidemia por el Consejo de Higiene Pública de la Provincia, consistió en la aplicación de las siguientes medidas:

1°. Aislamiento de los enfermos en el Lazareto.

2°. Aislamiento de las personas sanas que tuvieron contacto con los enfermos, y observación por espacio de 15 días.

3°. Desinfección del Hotel de Roma y demás casas contaminadas.

4°. Solicitar de los habitantes de la manzana infectada que la abandonaran y se trasladasen á un paraje distante de la ciudad.

Ahora bien, aun cuando estos sábios preceptos no fueron severa ni completamente respetados, pronto se logró dominar la epidemia.

Para que el lector pueda formarse una idea de los servicios sanitarios con que el país contaba para defenderse de las enfermedades exóticas, haremos en un paréntesis su breve historia.

A principios del año 1869, cuando se temía la invasión del cólera aparecido por tercera vez en el ejército aliado y en el Paraguay, el gobierno nombró un médico adjunto de la Capitanía del Puerto, siendo esta toda la autoridad sanitaria marítima. Después, en 1870, este servicio fué aumentado, nom-

1	Mayo	2	Esmeralda 79.
1	»	9	» 71.
1	»	18	Esmeralda (esquina Cuyo).
1	»	22	A bordo del «Rosario».
1	»	23	A bordo del «Rosario».

brándose otro médico, y ambos, en unión del Capitán del Puerto, Coronel D. José Ma. Bustillos, formaron la Junta de Sanidad. Los médicos á que hemos hecho referencia fueron los Dres. Pedro Mallo y Eduardo Wilde.

Las disposiciones que tomó la Junta no tuvieron grande influencia para evitar la introducción del cólera y fueron igualmente impotentes para detener la marcha invasora de la fiebre amarilla que había estallado con carácter epidémico en los puertos del Brasil, y de donde habían llegado, y llegaban con frecuencia al nuestro, buques con enfermos á bordo, los cuales eran sometidos á una cuarentena de diez días.

Los miembros de la Junta con la anticipación debida habían hecho notar al gobierno la conveniencia de celebrar un tratado internacional, así como la de instalar un Lazareto, señalando como lugar apropiado la isla de Martín García. Pero el gobierno, sin tener en cuenta los consejos de la Junta, se limitó á establecer un Lazareto en la Ensenada.

La simple observación de los pasajeros en dicho Lazareto no era suficiente para prevenir el mal, pues, como se ha visto, el 18 de Febrero fué introducida la fiebre amarilla por un pasajero del paquete francés «Poitou», el cual había terminado su cuarentena de 10 días. Este caso, dicen los doctores Mallo y Wilde en una memoria a su presidente (Mayo 30-1870), «fué el primero y el germen pro-

ductor de los 200 próximamente que han constituído la pequeña epidemia que hemos sufrido.» El paquete, según dicha memoria, había partido de Río Janeiro el 7 de Febrero sin comunicar durante su travesía más que con la isla de Ferro, y en el momento de ser admitido en libre plática no tenía ningún enfermo á bordo. Todo esto fué atestiguado por el certificado del médico del buque y refrendado por el Comandante (Memoria de los Dres. Pedro Mallo y Eduardo Wilde. Tomo VIII de la Revista Médico Quirúrgica).

Con tales datos, lo único que podría afirmarse es que hubo ocultación de informes, pero nunca que no fuese este navío el importador del germen que originó la pequeña epidemia que como un anuncio se vió preceder á la gran epidemia del año siguiente.

Terminada esa epidemia, la salubridad local empezó á presentar al venir el verano modalidades extrañas, suficientes para imprimir á la constitución médica reinante un carácter de preponderancia sobre el aparato biliar: las enfermedades gastro-hepáticas comenzaron á dominar de una manera inusitada.

¿Estas localizaciones eran ya los efectos de la nueva epidemia que se iniciaba, ó representaban solo tipos clínicos derivados exclusivamente de la influencia estacional? Nadie lo sabía á ciencia cierta, y á muy pocos por entonces tales hechos preocu-

paban; pero el caso es que el *estado sanitario* de Buenos Aires se encuentra resumido en la Revista Médico Quirúrgica del 23 de Diciembre de 1870, en los siguientes términos: «. . . . El número de enfermos en esta quincena ha aumentado mucho y las enfermedades que han predominado han sido conjestiones cerebrales, afecciones inflamatorias de las vías respiratorias, neumonias, desórdenes en el aparato gastro-intestinal con tendencia al carácter tifoideo, fiebres tifoideas en adultos y niños, *notándose en todas las enfermedades una tendencia á adquirir un carácter pernicioso é infeccioso.* Algunos casos de viruela tifoidea y hemorrágica con algunas *fiebres biliosas*, llenan el cuadro de las enfermedades dominantes en la quincena.»

Vése, pues, que en el mes de Diciembre la morbilidad aumentaba y que un proceso nuevo clasificado como fiebre biliosa se había presentado en algunos casos. El número siguiente de esta Revista, correspondiente al 8 de Enero de 1871; es todavía más explícito y merece la pena de que nos detengamos en él siquiera sea para formar juicio de las vacilaciones y dudas que siempre acompañan el principio de las epidemias, en general reconocidas tardíamente.

En efecto, el periódico indicado, bajo el epígrafe de estado sanitario, dice: «El número de enfermos en esta quincena ha aumentado considerablemente», indica luego las enfermedades predominantes entre

las cuales se destacan las localizadas en el aparato gastro intestinal, y añade: «Algunos casos de fiebres tifoideas, *fiebres biliosas*, congestión cerebral, etc., completan el cuadro....» Uno de los médicos que escribía en la Revista, y que sin duda se preocupaba del estado sanitario de los países limítrofes, publicó en ese mismo número un artículo titulado «Las cuarentenas», en el que hablando de esta medida que había sido impuesta á las procedencias del Paraguay, donde reinaba una epidemia de fiebre amarilla, hacía notar su ineficacia, puesto que los pasajeros en el tránsito hasta Buenos Aires podían bajar en cualquier puerto y tomar otro navío para llegar con toda libertad, exactamente lo mismo que suelen hacerlo hoy los pasajeros que vienen de Europa y se trasbordan en Montevideo.

Las reflexiones de que acompaña á su estudio, y las elevadas miras que las inspiraban, prueban cuando menos que la invasión de una enfermedad exótica era una amenaza de actualidad; y tan lo era que la fiebre amarilla diezmaba ya á los habitantes de la Asunción del Paraguay y de la Provincia de Corrientes. Sin embargo, consultando el estado sanitario de Buenos Aires en el mes de Enero hasta el dia 23, no se descubre en él señal alguna que haga sospechar la inminencia de una importacion de esta especie. Es recién en el número 31, correspondiente al 8 de Febrero, donde este periódico, al informar á sus lectores de que reinaban

las mismas enfermedades de la quincena anterior sobre el aparato gastro intestinal, y ofrecían una notable tendencia á complicarse de lesiones hepáticas, añade: « En los primeros días de esta quincena fué notificado por el Dr. Santiago Larrosa que en la calle de Bolívar habíanse desarrollado algunos casos de fiebre amarilla, debido esto, sin duda, á la constitución patológica especial, á la poca higiene de la casa y á la elevada temperatura de los primeros días de la quincena. »

Así, de esta manera insidiosa, había tomado nacimiento una enfermedad nueva en el país, cuyo origen se ignoraba, cuya importación se desconocía ó se negaba, y que no fué en un principio justamente apreciada, pero que debía, dada la expansión que alcanzó después y el número de víctimas que produjo, llegar á un grado muy pocas veces observado en este pueblo en otras epidemias.

El 5 de Febrero era ya conocida la existencia de este mal por las autoridades, por cuanto el Presidente de la Municipalidad, Dr. Narciso Martínez de Hoz, en nota dirigida al Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, lo consultaba sobre si le era permitido recurrir á la fuerza pública para desalojar las manzanas infectadas de la parroquia de San Telmo. Al mismo tiempo se nombró al Dr. Wilde médico de esa parroquia y se impartió órdenes á todas las Comisiones Parroquiales de Higiene á fin

de designar inspectores para vigilar el cumplimiento de las ordenanzas vigentes. Por último, se publicaron en hojas sueltas las instrucciones profilácticas para que el pueblo observándolas concurriera á la salvación común.

Pero sucedió que mientras los gérmenes de la epidemia se iban lentamente difundiendo, la prensa diaria se hizo el palenque de las más curiosas discusiones respecto de la naturaleza y verdadera clasificación que debía corresponder á la enfermedad cuya existencia todos admitían. Médicos y aficionados,cada uno por su cuenta, emitian gravemente opiniones. Así, el Dr. Bilbao, en el diario *La República*, negaba ser la fiebre amarilla la enfermedad del barrio de San Telmo, porque la epidemia no marchaba con los caracteres que él, que no era médico, le había visto seguir en las epidemias de Lima y Guayaquil en el año 1853. El señor Uzal, que tampoco era médico, en varios artículos insertos en *El Nacional,* hacía serias observaciones á las ideas un tanto exageradas y prematuras sostenidas por el Dr. Golfarini, tocante á la benignidad que éste atribuía á la epidemia. De igual manera el Dr. Miguel Garbizo, de Montevideo, sostenía á la distancia que ni la epidemia que reinaba en el Paraguay ni la enfermedad cuyos primeros casos se veían en Buenos Aires eran debidas á la fiebre amarilla; que más bien debía tratarse de un padecimiento de origen puramente local, tal vez «una fiebre pútrida,

ó tifoidea, ó biliosa, ó perniciosa, ó intermitente, o cualquier proceso de este orden», pero nunca de la fiebre amarilla contagiosa, sin presentar más argumento en su apoyo que una negación infundada. En fin, y para no citar más autores en estas discusiones que siempre se han renovado entre nosotros al principio de todas las epidemias, diremos que el Dr. E. Wilde, en un meditado artículo que puede leerse en el tomó VIII de la Revista Médico Quirúrgica y que también está inserto en *La República* del 22 de Febrero, rebatió enérgicamente todas estas opiniones defendiendo la tesis de que la enfermedad reinante en Buenos Aires no era otra que la fiebre amarilla.

Los primeros enfermos de la calle de Bolívar números 292 y 345 fueron seguidos de otros en las casas inmediatas; el 9 de Febrero se contaban ya algunos fallecidos, todos procedentes del pequeño foco que primitivamente la enfermedad se había creado (1).

A pesar de estos hechos que patentizaban la existencia de una nueva causa morbífica, y contra la cual las autoridades seguían tomando medidas profilácticas, algunas de ellas exageradísimas enton-

(1) Los casos procedían de los domicilios siguientes:
Calle Bolívar números 347, 412, 472, 339, 485.
» Perú 497, 462, 453.
» San Juan 55.
» Brasil 59.
» Piedras 312.
» Chacabuco 445.
» Cochabamba 184, 112, 119, 84, 123, 95.

ces, como aquella que disponía que todas las personas procedentes de la parroquia de San Telmo que se enfermaran de fiebre amarilla en cualquier otro barrio del municipio fueran llevadas sin consideración de sexo ni de posición social al Lazareto Municipal (Febrero 17), y que muy pronto fué derogada, y á pesar de la suspensión de las faenas de los saladeros, de la prohibición de arrojar residuos al Riachuelo, etc., cuestiones todas que mucho dieron que hablar á la prensa, la población parecía no posesionarse de la verdad del peligro y vivía tan confiada que, como muy pocas veces en esta capital, festejó el Carnaval (19 de Febrero) con pompa y fausto inusitados, nunca vistos hasta entonces.

Esta última circunstancia, las grandes muchedumbres que libremente recorrían la ciudad, los desarreglos y excesos de todo género con que la fiesta de Carnestolendas aún se celebra entre nosotros, fueron en esa ocasión un poderoso combustible aproximado á la hoguera que pronto debía arder con resplandores siniestros.

En efecto, hasta entonces la epidemia se mantenía encerrada en la parroquia de San Telmo: allí se la combatía, y el cuerpo médico representado primero por el Dr. Wilde, luego por los Dres. Golfarini y Mallo, fué reemplazado después por una Comisión Médica cuya dirección honoraria estuvo á cargo del Dr. Santiago Larrosa (1). Pero

(1) La Comisión Médica nombrada el 15 de Marzo estaba compuesta

del 22 al 23 de Febrero 10 casos nuevos fueron observados en una manzana de la Parroquia del Socorro (1), lo que probaba que la fiebre amarilla, salvando una regular distancia, se formaba un nuevo centro de actividad.

De aquí en adelante, piérdese el itinerario de la marcha de la epidemia, porque los casos empezaron á manifestarse simultáneamente en muchos puntos de la ciudad y eran tantos los que diariamente se denunciaban, y tales el desórden y el temor que invadieron á la población, que centenares de familias huyeron á los pueblos vecinos dejando sus casas completamente abandonadas.

Los casos de muerte marchaban casi paralelamente con los nuevos enfermos producidos, y muy pronto el Cementerio del Sud se hizo insuficiente para contener los numerosos cadáveres que, hacinados en enormes pilas, dentro y fuera de su perímetro, esperaban días hasta que les llegara el turno de su entierro. Fué por tal motivo que el Gobierno de Buenos Aires solicitó y obtuvo del Gobierno Nacional la cesión de un terreno situado en la Chacarita de los Colegiales, en Belgrano, destinado á ese objeto.

A principios del mes de Mayo la epidemia se

así: Dr. D. Santiago Larrosa. — Ex-alumnos Lucio Melendez — Míguel Echegaray—Jacobo T. Pinto—y alumnos de 6° año, Ignacio Pirovano y Práxedes Pietranera.

(1) La manzana infectada estaba limitada por las calles Artes, Cerrito, Paraguay y Charcas.

mantenía activa y continuaba expandiéndose principalmente en todas aquellas parroquias que lindan con el río: San Juan Evangelista, Catedral al S. y al N., Socorro y otras como la de Monserrat, Concepción, etc.

No valía ninguna de las medidas preventivas tomadas para dominar la tenaz invasión. El 2 de Marzo se suprimieron los bailes de máscaras; el 3 se clausuraron las escuelas públicas y la Universidad. El día 9 *La República*, bajo el título de *Terror*, publicaba un artículo aseverando que los miembros del Superior Tribunal de Justicia habían abandonado sus puestos, y que igual conducta habían seguido los escribanos de Cámara. El Dr. B. de Irigoyen había presentado á la Legislatura de la Provincia un proyecto abriendo á la Municipalidad un crédito para combatir la epidemia, protejer á los pobres facilitándoles la salida á la campaña y atender, en una palabra, á las necesidades urgentes que esta situación tan anormal acumulaba; pero las Cámaras no se reunían y el pánico iba cada día subiendo más de punto, de tal suerte que parecía invalidar todos los resortes de este desgraciado pueblo.

Fué en esta circunstancia que algunos ciudadanos, periodistas en gran parte, pensaron que se debía tentar un esfuerzo con el fin de organizar un plan de defensa contra el mal que parecía avasallarlo todo.

El mismo diario, en su número del 11 de Marzo, pedía al Gobierno en un meditado artículo que integrase la Corporación Municipal con 12 miembros más á objeto de que con estos nuevos elementos, y tomando el nombre de Comisión de Salud Pública, legislara sobre todas las cuestiones sanitarias y propendiera de un modo valiente á la defensa del pueblo. Publicaba al mismo tiempo el programa de un *meeting* que debía celebrarse el 13, y de esa asamblea resultó la organización de la Comisión Popular que desempeñó, como es notorio, un papel tan importante durante esa verdadera época de terror. (1)

Antes de organizarse definitivamente, esta Comisión se dirigió al P. E. Nacional y Provincial, obteniendo de ambos el apoyo de que este expontáneo movimiento de opinión por el bien público era acreedor.

---

(1) Programa del gran *meeting* que se celebró el 13 de Marzo de 1871 en la plaza de la Victoria:

1° Pedir al señor Gobernador de la Provincia que ponga á la brevedad posible en ejercicio el proyecto sancionado por la C. de D. D. el 6 del corriente y que ha quedado sin sanción definitiva por la deserción de una parte del Senado y cuyo texto se leerá al público.

2° Confirmar el nombramiento de la Comisión Popular hecha por una parte del pueblo el día 12 en las persónas siguientes: A. Muñiz, J. C. Gomez, Manuel Bilbao, Fco. Uzal, H. Varela, E. Carriego, Carlos A. Paz, M. Billinghurts, F. Lopez Torrez, E. Onrubia, M. G. Argerich, B. Cittadini, Antonio Gigli, L. Wals, E. Ebelot, B. de Irigoyen, C. Guido Spano, L. V. Mansilla, B. Mitre y Vedia, Ramella, J. C. Paz, E. Armstrong, G. Nessler, A. d'Amonte, J. M. Cantilo, J M. Lagos, J. Roque Perez, M. Behety, A. del Valle, A. Korn, D. Cesar, y M. Mullhall.

3° Pedir al Presidente de la República que impida el desembarco de inmigrantes mientras dure la epidemia, destinándolos al punto que considere más conveniente ó facilitándoles pasaje gratis á los que deseen seguir para las Provincias.

4° Pedir al mismo Presidente facilite los fondos á la C. Popular para el desempeño de la misión caritativa que se impone.

El Gobernador, que lo era el Sr. Emilio Castro, declaró que por su parte había empezado á dar cumplimiento á algunos proyectos útiles; que había mandado construir habitaciones especiales en S. Martín y Merlo para alojar á los pobres que quisiesen abandonar la ciudad; que había autorizado el trasporte del Asilo de Inmigrantes á la Ensenada; que había oficiado á los pueblos de la campaña para distribuir en ellos los inmigrantes que quisieran ausentarse; por último, que auxiliaría á la Comisión Popular con los fondos necesarios, y que se ocuparía de los deseos del pueblo integrando la Municipalidad.

El Gobernador publicó un manifiesto dirigido al pueblo pidiéndole tranquilidad de espíritu y órden.

La C. D. de la Comisión Popular quedó constituída en la siguiente forma: Presidente, Dr. José Roque Perez; Vice, Héctor Varela; Tesorero, M. Billinghurts; Secretarios, Dr. Martín Behety y Emilio Onrubia.

La tarea de esta Comisión, que inmediatamente la afrontó, fué inmensa, pues supo luchar durante ese luctuoso período con una abnegación ejemplar que todos los contemporáneos le han reconocido con profunda gratitud.

Hay que decir, sin embargo, que la Comision Popular procedió por su cuenta propia, desligada de la Corporación Municipal, la cual, convenientemente integrada, y con un cuerpo médico parro-

quial perfectamente distribuído por todo el municipio, ejercía su acción oficial llevando á todas partes la asistencia, y el consuelo á las familias indigentes acosadas por la fiebre amarilla.

La enfermedad á nadie respetaba; caían indistintamente postrados por ella los pobres como los ricos; pero observóse una notable tendencia á elejir sus víctimas particularmente en las personas jóvenes, de constitución robusta; los italianos, en especial, como se verá en la estadística mortuoria, llegaron á preponderar de una manera exajerada. Por el contrario, las personas débiles, enfermizas, los enfermos y los convalecientes, solían escapar.

Muchos miembros de la Comisión Popular, de la Municipalidad y de las Congregaciones religiosas, especialmente los médicos, pagaron desde temprano con su vida su valiente exposicion al contagio, y por esta causa, así como por el gran número de atacados que á fines del mes de Marzo había en la ciudad, el servicio médico llegó á faltar, muriendo bastantes infelices sin asistencia. (1)

Todos los resortes de la Administración Pública se resintieron por los claros que la enfermedad y las defunciones hacían cada día entre los empleados; las oficinas nacionales y provinciales, las casas de

(1) Las demás provincias argentinas, los gobiernos de los países vecinos, de la República O. del Uruguay, de Chile, y particularmente del Brasil, enviaron socorros oportunos. El Brasil envió el trasporte de guerra «Isabel» con un cargamento de medicamentos, ropas y un cuerpo médico en auxilio de Buenos Aires; pero llegó tarde, á principios de Mayo, cuando la epidemia estaba en franca declinacion.

comercio, aún las más pequeñas, llegaron á cerrarse y se hizo un problema difícil el abastecimiento de la población. Un movimiento inusitado de coches y carros trasportando noche y día los cadáveres á los cementerios alteraba con su ruído el silencio sepulcral de la ciudad. Mientras tanto, la C. Popular y la Municipalidad, firmes siempre en la brecha, permanecían luchando por mantener el órden, curar á los enfermos, enterrar los muertos, y recogiendo á los huérfanos que la epidemia dejaba en muchos hogares.

Las fiestas religiosas habían sido prohibidas, y, sin embargo, la semana santa de ese año se señaló por un aumento de los muertos cuya cifra llegó á pasar de 500 el 10 de Ábril.

Hasta el 16 la epidemia se mantuvo recia, y fuè después de esta fecha que empezó realmente á declinar de un modo evidente. El período más activo y crítico, á juzgar por la mortalidad, correspondió al tiempo comprendido entre el 27 de Marzo y el 13 de Abril en que la mortalidad diaria se sostuvo por encima de 300.

En los primeros días de Mayo la epidemia continuaba en declinación, por lo cual la C. Popular resolvió cesar en sus funciones, reduciéndose su personal á cinco miembros.

En fin, la epidemia pudo darse por totalmente terminada hacia fines del mes de Junio, en cuyo mes los principales casos nuevos fueron suminis-

trados por las personas que habiendo abandonado el foco, volvieron prematuramente á él.

En ninguno de los pueblos vecinos á donde fueron á refugiarse algunos enfermos, para curar ó morir, el contagio logró crearse nuevos focos. Son numerosos los ejemplos que á este propósito podrían citarse: bastaba salir de Buenos Aires é ir solamente á Flores, Belgrano, San Martín, para que la fiebre amarilla no se propagara, y esta observación, confirmada por otras epidemias, fué la que indujo al Gobierno á empeñarse en despoblar la ciudad, facilitando la emigración de los indigentes.

—

CAPÍTULO III

Consideraciones sobre el orígen de la epidemia de fiebre amarilla del año 1871

SUMARIO:—Dificultades para descubrir el orígen de esta epidemia.—Focos activos de contagio en el Brasil (Bahía, Pernambuco, Rio Janeiro) en esa época.—Propagacion de la fiebre amarilla de Rio Janeiro á la Asuncion del Paraguay y á la Provincia de Corrientes.—Medidas profilácticas tomadas por la Junta de Sanidad para prevenir la invasion de estos últimos focos.—Juntas de Sanidad del Rosario y San Nicolás.—Buques de procedencia sucia penetran libremente al puerto de Buenos Aires. — Delegado de la Junta enviado á Corrientes y sistema de defensa que implanta.—Despues de atacada Corrientes las medidas precaucionales se llevan á los puertos del Paraná, Santa-Fé y San Nicolás, etc.—Opinion de la Junta de Sanidad sobre el orígen de la fiebre amarilla en Buenos Aires:—Su causa no habria sido la importacion sino mas bien la resultante de una reviviscencia de los gérmenes latentes de la epidemia anterior, ó fué el orígen espontaneo.—Consideraciones que evidencian la importacion como causa esencial de la epidemia.

El orígen de esta epidemia es algo oscuro; no obstante, sin esforzarme mucho, y antes de traer las pruebas necesarias, creo poder afirmar que ella fué debida á la importación y que el contagio procedió de un modo directo ó indirecto del Brasil.

En efectò, consultando los documentos brasileros pertinentes encontramos: 1°. La provincia de Bahía que tuvo el triste privilegio de ser el primer foco meridional de esta enfermedad en el continente americano,—pues fué allí donde se hi-

zo la primera importación en Octubre del año 1849 por el buque «Brasil» que la trajo de Nueva Orleans, lo que dió por resultado que la fiebre amarilla se propagara por los demás puertos de esa nación hasta establecerse con el carácter endémico, que todos conocemos, —era el asiento de una nueva epidemia precisamente á principios del año 1871. 2°. La provincia de Pernambuco sufria igualmente de una epidemia análoga, particularmente extendida en el puerto en los años de 1870 y 1871. Y 3°. En la de Río Janeiro la fiebre amarilla se había mostrado grave en el primer semestre del año de 1870, habiendo producido 3,067 enfermos de los cuales 1,768 de procedencia marítima: 364 embarcaciones de su puerto suministraron numerosos casos. Las provincias de Parahyba, Pará y Santa Catalina se hallaban en iguales condiciones de morbilidad.

Estos simples apuntes atestiguan, pues, que por aquella época la fiebre amarilla reinaba epidémicamente en algunos puertos del Brasil; y ahora debo agregar que de estos focos había sido llevada á la capital del Paraguay y de allí á la provincia de Corrientes, donde en el primer trimestre de ese año había hecho bastantes víctimas, entre ellas tres médicos de los seis que contaba esa población. La epidemia entonces, continuando su marcha invasora, pudo sin dificultad alguna ser importada á Buenos Aires directamen-

te del Brasil ó de cualquiera de los dos últimos focos que se había creado á lo largo de los ríos Paraguay y Paraná.

Veamos antes sin embargo cuál fué la idea oficialmente espresada por la Junta de Sanidad del puerto de Buenos Aires en una Memoria que extractaré á continuacion, porque los datos que suministra constituyen para mí, á la vez que la historia de la importación, la prueba más patente de ella, aún cuando sus autores, los Dres. Mallo y Wilde, lleguen á una conclusión opuesta y de todo punto diferente á la que ellos mismos admitieron para explicar la pequeña epidemia del año anterior.

No es mi ánimo hacerles un reproche, muy lejos de eso, y á ellos sobre todo, que con tanto brillo figuraron en esa época desgraciada. En el caso de hacer alguno, sería al sistema sanitario y, más que al sistema, á la insuficiencia material de elementos de defensa con que contaban.

Dos médicos y un militar formaban toda la autoridad sanitaria marítima de nuestro país; no tenían ni un lazareto, ni empleados, ni elementos para practicar la desinfección; no contaban con el concurso de algunas autoridades argentinas residentes en ciertos países extranjeros y aún en nuestro propio país. ¿Cómo habrían podido entonces oponer un serio obstáculo al germen epidémico que amenazaba penetrar desde países próximos y aún leja-

nos, como de algunos puertos españoles donde á la sazón reinaba la fiebre amarilla, cuando hoy mismo el Departamento Nacional de Higiene tiene que luchar contra la Junta de Sanidad de un país vecino que renovando su viejo sistema de oposición, y prevalido de la situación geográfica, declara limpios y pone en libre plática navíos que nuestro Reglamento considera infectados ó sospechosos?

El 22 de Junio de 1870 el Consejo de Higiene Pública de la Provincia comunicaba al Ministro de la Guerra que el capitán del vapor «Taraguy» se hallaba enfermo de fiebre amarilla y había desembarcado con toda libertad el 30 del mismo. En presencia de este hecho, la superioridad dispuso establecer cuarentena á todas las procedencias del mismo origen, es decir del Paraguay, donde con anterioridad se sabía que reinaba la fiebre amarilla, aún cuando era negada su existencia por nuestro cónsul allí residente y por el capitán del buque citado, que después se enfermó en la ciudad.

La declaración de puertos sucios para todos los del Paraguay comunicóse al cónsul respectivo á fin de que no despachara ningún buque sin visar la patente correspondiente. Al mismo tiempo se previno á todas las autoridades marítimas de los puertos del litoral que establecieran la vigilancia necesaria y pusieran en práctica las medidas precaucionales del caso, ordenando expresamente á las de Corrientes que impusieran una cuarentena de

diez días á las procedencias paraguayas. Igual cuarentena se resolvió aplicar en el mes de Junio á todos los navíos salidos de Río Janeiro por reinar en dicho puerto la fiebre amarilla, pero 30 días después fueron suprimidas porque las patentes que allí se expedían eran limpias.

La Junta Sanitaria, con el fin de extender su esfera de acción, obtuvo en el mes de Julio que el gobierno nombrara Juntas análogas dependientes de la Central, en los puertos de Corrientes, Rosario y San Nicolás.

En estos trabajos había transcurrido casi totalmente la primavera, cuando con fecha 2 de Diciembre el capitán del puerto de Corrientes participó á la Junta Central que le constaba por informaciones extra-oficiales que la fiebre amarilla se había desarrollado en la Asunción. No obstante, el vapor «Guarany», portador de esta noticia, había sido ya admitido en libre plática en el puerto de Buenos Aires, porque traía patente limpia expedida por el cónsul argentino, ignorándose que en realidad procedía de un puerto infectado, lo cual recién se supo cuando sus pasajeros habían comunicado con tierra! El mismo cónsul continuó expidiendo patentes limpias hasta el 10 de Diciembre; el 15 llegó el «Proveedor» y este fué el primer buque que trajo la notificación de procedencia sucia, y el primero también que sufrió la cuarentena en el canal exterior. Fué con tal motivo, y con el de organizar las

medidas profilacticas, que el 16 del mismo mes se resolvió que unó de los miembros de la junta se trasladase á Corrientes para dirigir el plan de defensa.

Las medidas tomadas fueron las siguientes:

«1° Sometimiento á cuarentena rigurosa de las procedencias del Paraguay por el término de quince días, que deberían empezar á contarse desde la salida del buque del último puerto de aquella República, recomendando á los Capitanes y Patrones toda la limpieza posible á bordo, y el sometimiento de los pasajeros y tripulantes á un régimen alimenticio sano, fresco y abundante.

Se les recomendaba hicieran bañar á los tripulantes y pasajeros; ventilar las ropas, aerear el buque, fumigar la carga, lavar la sentina, etc.

Las cuarentenas debían hacerse en los mismos buques, pero se les permitía bajar á los tripulantes y pasajeros á una isla inmediata, sin comunicar con los pasajeros y tripulantes de otros buques bajo penas severas.

«2° La cuarentena era obligatoria para todo buque, cualquiera que fuera su nacionalidad, siempre que entrase ó hubiera de tocar en puertos argentinos.

«3° Visación de las patentes de todos los buques, cumplieran ó no su cuarentena.

«4° Imposicion á los capitanes y patrones de los buques en cuarentena de la obligación de dar

parte diario por escrito de las novedades que ocurrieran á bordo, para cuyo efecto se les pasaría visita sanitaria diariamente. En caso de desarrollo en algún buque en cuarentena de uno ó más casos de enfermedad epidémica, se acordó su aislamiento con útiles y asistencia aparte.

«5° Fumigación de la correspondencia.»

«6° Elegir para punto cuarentenario el espacio del Río Paraná comprendido entre la isla de Meza por un extremo y la boca del Arroyo Ancho por el otro, punto distante entre seis y ocho millas del puerto de Corrientes, y que según los prácticos y conocedores era el más adecuado y conveniente por la distancia para ocurrir diariamente cuando fuese preciso.

«7° Establecer una guardia en un punto conveniente bajo las órdenes de un empleado de la Capitanía, para evitar que fuera burlada la cuarentena.»

. . . .

. . . .

A pesar de todo, uno de los navíos cuarentenarios tuvo siete enfermos y un muerto por fiebre amarilla, lo que obligó al delegado de la Junta á instalar un lazareto en tierra.

Como era de temerse, la epidemia invadió á la provincia de Corrientes cuando disminuía en el Paraguay, y entonces se hizo sentir la necesidad de poner á cubierto los otros puertos situados aguas abajo, á cuyo efecto fueron debidamente inspeccionados

por el comisionado, quien dispuso el cumplimiento de las medidas sanitarias del caso en San Nicolás, Santa Fé y Paraná.

La epidemia de Corrientes tomó un desarrollo considerable y se hizo necesario que el Gobierno de la Nación acudiese en su auxilio.

En esta situación había pasado todo el mes de Enero, hasta que á principios de Febrero la existencia de la fiebre amarilla fué declarada oficialmente en Buenos Aires, donde la epidemia nació y se desarrolló en la forma y con la magnitud con que la hemos dejado brevemente bosquejada. Durante este período, la Junta de Sanidad Central desempeñó el papel que le correspondía.

Los apuntes que se acaban de leer, estraídos por completo de la Memoria de los Dres. Mallo y Wilde, forman lo que podemos llamar los antecedentes del proceso de la importación epidémica. Véase ahora cómo interpretaron el orígen de la epidemia los miembros de dicha Junta y á qué resultado llegaron. Y aquí ya no me es posible estractar. Hay que copiar al pié de la letra sus informaciones, que dicen:

«Tanto el Consejo de Higiene Pública como la Municipalidad y demás autoridades provinciales han tratado de inquirir, nos consta, el modo cómo se desarrolló la epidemia, y en cuanto á su orígen, á pesar de los esfuerzos hechos para descubrirlo, permanece velado por las sombras del misterio. Los

médicos que suscriben han tratado también de hallar el primer eslabón de la larga cadena que se ha desarrollado sembrando víctimas, pánico y desolación en nuestra floreciente ciudad.

«En todas las pesquisas hasta el presente hechas se ha procedido bajo una idea preconcebida; se ha partido de una premisa falsa ó por lo menos dudosa, suponiéndose que la fiebre amarilla no ha podido desarrollarse entre nosotros sinó por importación reciente; por eso es que no se ha asistido casi á su origen y desarrollo.

«Todo lo que no correspondía á la idea preconcebida era desechado; no era el primer caso lo que se buscaba, era la importación; no era el foco que todos reconocían existir, era un buque importador lo que quería hallarse; era, por último, una falta ó un crimen de los empleados lo que se quería descubrir.

«Bajo tales ideas á nada ha podido arribarse. No obstante esto no ha cesado el empeño, sin dato fehaciente ni comprobante alguno, de querer responsabilizar á la Capitanía del Puerto Central é indirectamente á la Junta de Sanidad, inmediatamente encargada de velar por la salud pública, de la visita hecha por el terrible flajelo.

«Por este motivo creen conveniente los infrascriptos adjuntar la lista de los buques que han entrado á este puerto, procedentes del Paraguay y de Corrientes y los de ultramar desde el 1° de Diciembre

hasta el 1° de Marzo, época en que la epidemia se hallaba en su completo desarrollo en esta ciudad».

La Memoria al llegar á este punto estudia la importación como causa de la epidemia, y después de rechazar que ella haya podido efectuarse de Norte América ó de la Habana, agrega: «Respecto á las procedencias de Río Janeiro, es casi inútil también que nos empeñemos en demostrar el poco fundamento de la suposición (de la importación), porque aunque parece haber adquirido allí la enfermedad el carácter endémico en el verano pasado, según noticias, muy pocos casos se manifestaron y éstos aún no tuvieron lugar sino durante una quincena. Por otra parte, casi todos los buques procedentes de aquel puerto hacen escalas en puertos intermediarios sanos. El comercio que nuestra República mantiene con el imperio es en buques de vela y en buques á vapor ó paquetes. La duración de un viaje en un buque de vela no baja de quince días, tiempo suficiente, según nuestro reglamento, para poder admitir un buque, no habiendo novedad á bordo, sin temor de que trasmita la enfermedad.

«Los paquetes á vapor hacen escalas en puertos en que hay medidas cuarentenarias, y éstos habrian sido los primeros en ser infectados.

«De lo expuesto claramente se deduce que la importación, si ha existido, no ha provenido de ultramar, ni de América del Norte, ni de las Antillas, ni del Brasil.»

. . . .

. . . .

«Más verosímil es la marcha que otros suponen y que nosotros, si se nos probara que las causas locales han sido insuficientes para producir la peste en Buenos Aires, admitiríamos como probable, aún cuando no se señale el cómo, cuándo y por dónde.» Refiérense los autores á la marcha de la epidemia en el Paraguay y Corrientes. En efecto, la importación á la Asunción se debió á un transporte que de Río Janeiro partió llevando á su patria los prisioneros de la guerra; de la Asunción la enfermedad invadió á Corrientes y de ésta última bien pudo extenderse á Buenos Aires.

Lo que llamó la atención de los miembros de la Junta es que muchos de los puertos situados más al Sud de Corrientes no fueron infectados, y que en algunos lugares, como en el Rosario, donde se produjeron dos casos de fiebre amarilla en dos personas desembarcadas de navíos contaminados, la epidemia no se desarrollase, lo cual los lleva á expresarse en los siguientes términos. «Allí la introdución es segura, es sabida y el mal no se propaga; aquí (Buenos Aires) la importación es supuesta, es inventada y tenemos epidemia; ¿por qué pues, aseguran lo que no se sabe?»

Insisten nuevamente, para desvanecer toda sombra de duda, en que ningún buque escapó á la cuarentena y añaden: «Hay sin duda mucha oscuridad

en la ciencia sobre la patojenia de los males epidemiables; pero es un hecho averiguado que para que la fiebre amarilla ú otra enfermedad exótica se desarrolle, preciso es que hayan causas predisponentes locales, que seguramente no faltaban en esta capital.

«Con tales factores, ¿qué extraño es que esas causas predisponentes hayan asumido el rol de determinantes ó bien de febrígenas ó piretogénicas? ¿Necesitamos aún recordar que en diversas épocas se ha visto nuestro país atacado de anjina gangrenosa epidémica, escarlatina con caracteres malignos, sarampiones anómalos, viruela maligna y fiebre tifoidea sin ser importados? Y por otra parte, ¿no es un hecho que el primer caso de fiebre amarilla que hubo en el mundo fué un caso de fiebre espontánea? ¿qué de admirable, de raro ó de sorprendente tendría que se reunieran ahora las condiciones que se reunieron entonces para producir el primer caso espontáneo? Se dirá, las condiciones no son las mismas. ¿Quién lo prueba? Aquí no ha habido fiebre amarilla jamás. ¿Húbola acaso en las Antillas antes del primer caso?» Y después de algunas líneas se preguntan aún: «¿Quién será capáz de probarnos, que las epidemias anteriores, principalmente la que se inició en el Hotel de Roma, no dejaron gérmenes que durmieran en estado latente durante una temporada para despertar en Enero del 71, bajo la influencia del calor, de la humedad, ó

de la x misteriosa enjendradora de los males, y diezmar la población?»

Esta larga defensa hecha por la Junta de Sanidad no prueba en manera alguna lo que entonces pretendió probar: la no importación de la fiebre amarilla.

Si no fuera posible el comprender la existencia de la fiebre amarilla de otra manera que por la importación de sus jérmenes, bastaría recordar la libre entrada á este puerto de algunos navíos de procedencia reconocidamente infectada, y la insuficiencia de los medios profilácticos empleados (á lo más una simple cuarentena de diez días), para admitirla sin más argumentos.

Los autores de la memoria reconocían que la fiebre invadió á Corrientes como antes había invadido el Paraguay, y después de la introducción de esta enfermedad al primer puerto argentino sobre el Paraná, se apresuraron á defender los otros puertos situados aguas abajo á objeto de protejerlos de la probable importación que los amenazaba, exactamente como se procedería en la actualidad en un caso análogo. Si la fiebre amarilla no era importable, ¿á qué venía esa profilaxia de los puertos? ¿Por qué la patente de sanidad? ¿por qué la cuarentena?

Si la fiebre amarilla era espontánea y reconocía su causa en la condición higiénica de la localidad que por sí sola era capaz de enjendrarla por entero, ¿por qué no hicieron saber al Gobierno que era

allí donde debía ser llevada la defensa y no á los puertos donde la lucha era inútil é imposible? ¿Por qué, en fin, esos distinguidos médicos, en la pequeña epidemia del año 1870 dijeron que la fiebre amarilla había sido introducida por un pasajero del «Poitou», y á renglón seguido agregaban en su informe al respecto: «Este caso fué el primero y el germen productor de los doscientos próximamente que han constituído la pequeña epidemia que hemos referido.»

Desgraciadamente, y cumpliéndose la ley que preside á la marcha y expatriación de las enfermedades exóticas, la fiebre amarilla del año 1871 debió su origen como la del año anterior á la importación, y nada más que á esta causa.

La fiebre amarilla fué llevada del Brasil, donde reinaba epidémicamente en algunos de sus puertos, primero al Paraguay, de aquí se propagó á Corrientes, y de Corrientes á Buenos Aires: tal fué el camino seguido, y el vehículo, navíos contaminados que no sufrieron jamás un tratamiento sanitario suficiente.

CAPÍTULO IV

Estudio clínico de la epidemia—Mortalidad

SUMARIO:—Dificultades que se tocan para estudiar convenientemente las formas sintomáticas que la fiebre amarilla presentó.—Observación clínica insuficiente.—Tesis del Dr. J. Scherrer.—Datos anatomo-patológicos y estudio clínico de la enfermedad.—Clasificación de la evolución mórbida en dos períodos: primer período *pirético*, segundo período *apirético*.—El modo de principio difería con la gravedad del proceso: forma leve y forma grave.—Del carácter é importancia de algunos síntomas: fiebre, vómitos, hematemesis, anuria, su patogenia.—Tesis del Dr. S. Doncel.—Observaciones prácticas. El comienzo de la fiebre amarilla de una manera súbita era el más común y se iniciaba ordinariamente por un escalofrío —Orden de aparición de los otros síntomas.—Marcha de la enfermedad en dos períodos separados por un intervalo de atenuación de los síntomas.—De las complicaciones. Importancia de la anuria.—Ambas Tesis no ilustran con observaciones nuevas la historia clínica de esta enfermedad.—Estudio de la mortalidad estimaciones diversas sobre su cifra absoluta —Estadística de la mortalidad absoluta causada por la epidemia y su relación con la mortalidad determinada por las enfermedades comunes.—Influencia de la emigración.—Predominio de los italianos en la morbilidad y en la mortalidad—Mortalidad relativa obtenida en los febricientes atendidos en el Lazareto de San Roque.

Epidemias de fiebre amarilla en la República Oriental del Uruguay en los años 1872, 1873 y 1878.—Contribución de los médicos orientales Dres. F. Susviela Guarch, F. Fileppone y J. Salterain.—Breve reseña de estas epidemias que reinaron en Montevideo y apuntes sobre su mortalidad.

El estudio clínico de la epidemia de fiebre amarilla del año 1871 no fué hecho de un modo regular.

A pesar del gran número de enfermos que la epidemia produjo, de la existencia de un hospital como el Lazareto de San Roque que por sí solo trató

2.000 casos, los observadores de aquella época no nos han dejado un análisis completo de esa enfermedad, de sus formas clínicas habituales, y mucho menos de las modalidades menos frecuentes pero realmente útiles de conocer que la fiebre amarilla, como casi todas las enfermedades infecciosas, presenta en estas grandes manifestaciones de su actividad patógena.

Nosotros hemos hablado muchísimas veces con casi todos los médicos que la observaron personalmente, pero los datos que nos han trasmitido no son suficientes para poder formarse una idea exacta de esta enfermedad.

Los únicos trabajos de algún valer que existen, y con los cualès el lector se podrá formar un juicio exacto, son las Tesis de los Dres. Jacobo Scherrer y Salvador Doncel.

La primera, titulada «Estudio sobre la fiebre amarilla del año 1871», contiene muy pocos elementos dignos de interés. Empieza presentando un resumen muy sucinto de diez necropsias, y como conclusión de ellas señala las lesiones más constantes y características que encontró. Eran las siguientes: alteración de la sangre que se mostraba de un color rojo y oscuro, muy líquida y sin coágulos; la ictericia y la infiltración del pigmento biliar en todos los tejidos; inyección de la mucosa del estómago é intestinos, conteniendo ambos un líquido color oscuro como la borra del café, análogo al producto vomitado durante

la vida; hiperemia y hemorragias en casi todas las vísceras, etc.

El estudio de los síntomas que presentó la enfermedad no se acompaña de las observaciones clínicas que lo apoyan. Empieza por establecer dos variedades en el proceso mórbido, relacionadas ambas con la intensidad del mal: una forma leve y otra grave. Tanto una como otra evolucionaban en dos fases ó dos períodos; el primer período llamado pirético y el segundo período apirético.

La forma leve tenía un principio lento, y al contrario sucedía con la grave cuya fase inicial era brusca. Los primeros síntomas consistían en malestar general, cefalalgia, dolores epigástricos y lumbares á los cuales acompañaba la fiebre, y luego sobrevenían náuseas y vómitos biliosos, la sed y la inyección conjuntival. Este estado duraba de 3 á 5 días al cabo de los cuales la fiebre cesaba y comenzaba el 2º período, apirético, hasta la convalecencia. Seis ú ocho días después de empezada la enfermedad los pacientes llegaban á la salud perfecta. Los síntomas más intensos del segundo período, que faltaban ordinariamente en la modalidad benigna, eran: la ictericia, las petequías, la adinamia, las hemorragias, el vómito negro, la anuria y entre los accidentes «las afecciones articulares y los tumores parotidiales».

La forma grave no se diferenciaba de la precedente sino en la mayor intensidad de los síntomas y

su primer período terminaba con la fiebre del 3° al 6° día en que se iniciaba el período apirético «durante el cual disminuyen poco á poco los demás síntomas que acompaña la fiebre (que no debía existir si el período es realmente apirético) y luego al cabo de algunos días más entra en convalecencia.»

Entre estos dos períodos introduce el autor tales confusiones que su descripción, si fuera exacta, nos daría un tipo de fiebre amarilla algo extraño. Los cuadros térmicos que presenta son incompletos y parece resultar de ellos que la segunda fase del proceso se hubiera cumplido en medio de una apirexia absoluta como lo expresa claramente al llamarla período apirético. Los vómitos negros ofrecían dos aspectos diferentes: unas veces tenían el color de la borra del café y anunciaban un pronóstico absolutamente fatal, y otras de un color de «sangre oscura», en cuyo caso la gravedad del pronóstico era menor. Hablando de la anuria en especial, síntoma que llamó mucho la atención de todos los médicos, pone de manifiesto el siguiente hecho:

«A pesar de que las autopsias de los muertos con este síntoma (anuria), mostraron siempre más ó menos cantidad de orina clara ú oscura en la vejiga urinaria, viene esta disminución tan notable de la escreción de orina á ser equivalente á la anuria que tiene como consecuencia la intoxicación urémica» La explicación de la anuria es también imperfecta. Así, después de decir que para algunos este sínto-

ma es la expresión de un «estancamiento de la albúmina» y para otros la consecuencia de una inflamación de los conductos uriníferos, agrega: «La inspección microscópica de los riñones en los cadáveres que presentaron anuria 2 ó 4 días antes de la muerte corresponde al primer grado, es decir, al de la hiperemia de una nefritis.»

La tesis del Dr. Doncel «La fiebre amarilla de 1871 observada en el Lazareto Municipal de San Roque», mejor concebida y desarrollada que la del Dr. Scherrer, presenta cinco casos de observación. Hay que añadir que él mismo sufrió la enfermedad y que ha añadido el fruto de su experiencia personal.

Resulta de ella que el principio del proceso mórbido se iniciaba en la mayoría de los atacados de una manera rápida, y que en la minoría la fase de invasión se acompañaba de síntomas vagos tales como un malestar general, soñolencia, repugnancia por los alimentos, dolores contusivos de sitio variable, pero sobre todo de perturbaciones dijestivas. En algunos casos observáronse unos quince ó veinte días antes de la manifestación de la enfermedad estornudos frecuentes acompañados de una sensación de sequedad en la boca y fosas nasales tan molesta que llegaba á privarles del sueño.

En todos los enfermos el primer síntoma de importancia que revelaba la infección era un violento escalofrío y más generalmente escalofríos múlti-

ples rápidamente seguidos de la manifestación de la fiebre. La evolución posterior del mal no era igual en todos los casos, pero en la generalidad de ellos se presentaban los síntomas en el siguiente órden: quebrantamiento caracterizado por dolores continuos principalmente en los miembros y región lumbar que duraban hasta cuatro días; al mismo tiempo ó poco después aparecía una cefalalgia fronto-temporal intensa seguida de latidos insoportables y los ojos se inyectaban adquiriendo un brillo vítreo; estos órganos se tornaban dolorosos al ejecutar movimientos, observándose también un cierto grado de fotofobia.

A estos síntomas seguía una sensación de plenitud dolorosa en el epigastrio que se aumentaba por la presión, acompañándose de náuseas y vómitos. Las materias eliminadas, indiferentes al principio, concluían por hacerse francamente biliosas. La lengua se mostraba roja en sus bordes y punta, y cubierta de una capa espesa blanco-amarillenta en el resto; la anorexia, la sed y la constipación eran de regla, y las deposiciones provocadas tenían un aspecto bilioso. La hematemesis y la me lena eran excepcionales en esta fase del mal. La orina no ofrecía al principio ningún carácter especial á no ser el impuesto por la hipertermia. La observación termométrica mostró que la temperatura más alta obtenida alcanzó á 39.6 al finalizar el primer período sin presentarse gran regularidad para llegar

á este ascenso, lo mismo que en su declinación. Esta conclusión es defectuosa, por cuanto la exploración termométrica fué muy limitada y no autoriza á mirarla como un hecho clínico general. La respiración y el pulso eran frecuentes y nunca se observó la bradicardia. Por excepción este cuadro clínico, que ponía término del 3er al 4° día al primer período, podía ser menos expresivo, ó inversamente, acompañarse de síntomas más intensos y aún de aquellos que como la anuria ordinariamente se ven en sus fases más avanzadas. Concluído el ciclo febril del 1er período, presentábase una atenuación general de todos los síntomas y esta mejoría, que cuando se prolongaba anunciaba una terminación feliz, constituía solo un momento de tregua que servía de lazo de unión con el período siguiente en aquellos casos de evolución completa ó mejor de infección más profunda.

El segundo período se constituía por la reaparición de los síntomas anteriores, ó por algunos de ellos solamente, y por la adición de nuevos fenómenos. Entre éstos se señala la ictericia que persistía hasta después de la convalecencia, luego los vómitos que tomaban un carácter hemorrágico, ora asemejándose á la borra de café, ora á sangre venosa; coincidían con este síntoma, hemorragias de la piel en forma de petequias y pérdidas sanguíneas por otras vías, como las epistasis, las hemorragias bucales, gengivales y aún intestinales en que las deyeccio-

nes solían tomar el aspecto de la brea; la lengua despojada de su capa saburral parecía como barnizada de sangre, etc. Entre los síntomas nuevos tenemos que añadir las hematurias, la albuminuria y sobre todo la anuria, signos que se acompañaban de dolores lumbares; y finalmente los síntomas del lado del sistema nervioso, como el delirio, la ajitación, las convulsiones. El pulso se debilitaba y se volvía frecuente, y la temperatura, según resulta de este estudio, no era febril.

Este período duraba por término medio tres días, al cabo de los cuales observábase una nueva pausa, preludio del desenlace fatal ó de la convalecencia. En efecto, al sexto ó séptimo día del principio, solía llamar la atención que el enfermo pudiera conciliar el sueño, y desaparecieran los dolores y los vómitos: «pero en medio de este bienestar relativo, y aparente, la debilidad y la pequeñez del pulso, la frialdad de las extremidades y del aliento, la estupidez de la mirada, el desencajamiento de las facciones, y sobre todo la persistencia de la anuria, son signos más que suficientes para indicar una marcha creciente y rápida de la enfermedad á una terminación fatal. . . .» Contrariamente, la cesación de los síntomas graves, el despertar alegre de los enfermos, la *euforia* hacían prever una terminación feliz. El espacio medido desde el momento de la remisión de los síntomas hasta la muerte ó la convalecencia constituía el tercer período de la

enfermedad. En el primer caso la remisión era seguida de la reaparición de los vómitos típicos, de enfriamiento general, de hipo, delirio, convulsiones ó coma hasta que la vida se extinguía «como una lámpara que se apaga». En el segundo, la transición hacia la convalecencia se operaba rápidamente después de la fase intermediaria en que el sueño, á veces excesivo, era su fenómeno más notable. En estos casos y por esta época era que aparecían en varias regiones del cuerpo, pero con más constancia en las axilas, cuello é ingles, *tumores* acompañados de reacción febril y terminados siempre por supuración. Estos accidentes, verdaderas complicaciones, llegaron en dos casos á determinar la muerte por compresión de la traquea. Estos verdaderos flegmones originados al fin de la enfermedad no llegaron (al menos no está indicado) á producir una infección general como en la epidemia de 1857 en Montevideo. Entre las otras complicaciones, el Dr. Doncel cita la neumonia, la bronquitis y la diarrea serosa.

Terminando esta exposición dicho autor nos dice que no ha podido ocuparse «de estudiar todas las irregularidades que suele revestir esta enfermedad» por no haber podido reunir el material clínico necesario, lo que es bastante sensible.

El síntoma anuria, considerado en un párrafo aparte, pertenece á un médico que no se nombra, quien se lo proporcionó al Dr. Doncel. Dicho es-

tudio refleja los conocimientos de esa época que atribuían la disminución así como la supresión de la secreción urinaria á la conjestión ó inflamación del parenquima renal.

De todo lo expuesto resulta, pues, que la modalidad clínica que adoptó la fiebre amarilla en la epidemia del año 1871 fué la ordinaria y que las formas benignas limitadas á la fase de infección sin grandes alteraciones orgánicas, no fueron excepcionales, pues si la estadística es muda á este respecto, nadie podrá negar que unas dos terceras partes de la población sufrió su influencia en ese grado atenuado afortunadamente. Los capítulos destinados á la anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento, etc., no encierran nada de particular.

Y terminamos aquí esta breve reseña sobre el estudio clínico de la fiebre amarilla, lamentando que los autores de ambas tesis no nos hayan suministrado observaciones más completas y sobre todo más numerosas como para ilustrarnos satisfactoriamente.

Otra de las cuestiones difíciles de apreciar en esa epidemia fué el conocimiento exacto de la mortalidad producida.

Algunos periódicos de la época se ocuparon de ella, pero los resultados á que llegaron fueron bastante diferentès.

The Standard, que también se preocupó de este asunto, hizo preceder su estimación con las siguien-

tes palabras. «Es imposible dar la cifra exacta de las defunciones; pero de todo cuanto cae bajo nuestro conocimiento y después del más *cuidadoso estudio*, de ninguna manera exajerado, nos inclinamos á dar las siguientes cifras:»

MORTALIDAD POR MESES

Enero	200
Febrero	1.000
Marzo	11.000
Abril	14.000
	26.200

MORTALIDAD SEGÚN NACIONALIDAD

Italianos	11.000
Argentinos	8.000
Españoles	3.500
Franceses	2.200
Ingleses	600
Alemanes	300
Otras nacionalidades	600
	26.200

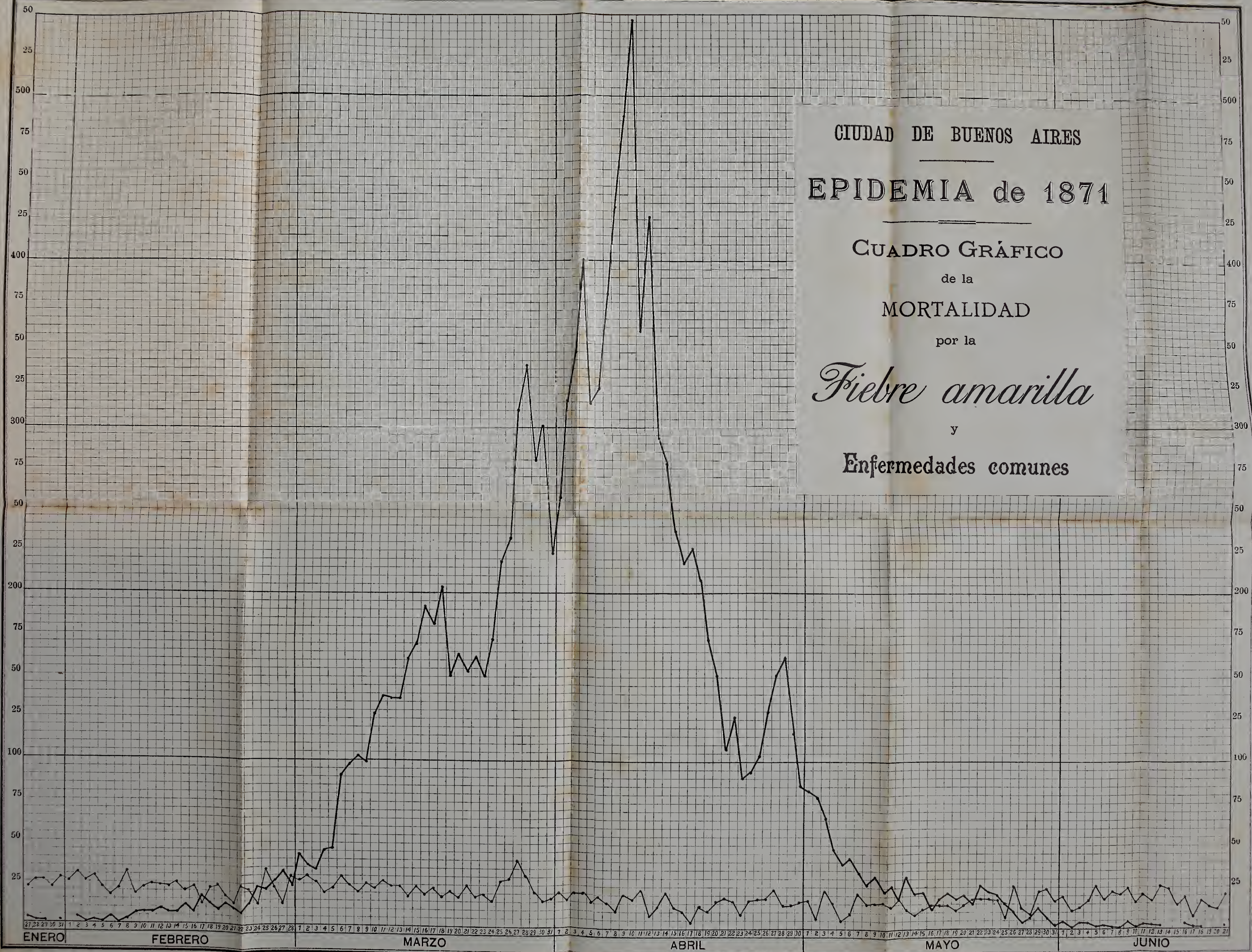
Este cálculo en números redondos era indudablemente exajerado, y así lo creyó el Sr. Mardoqueo Navarro, empleado municipal, que llevaba personalmente y con la mayor exactitud la estadística de la mortalidad, la cual publicaba periódicamente, primero en el diario *La República* y después en *El Boletin de la Epidemia.* Esta circunstancia, el empeño que á este respecto se tomó, como lo declara expresamente al pié de un importante cuadro en que se encuentran resumidos los principales datos sobre esa epidemia, hacen que sus conclusiones nos merezcan más fé. (1)

Resulta de estos datos que la mortalidad ocasionada por la fiebre amarilla desde Enero á Junio alcanzó á la cifra de 13.614; los muertos por enfermedades comunes en igual tiempo fueron 3.470, lo que hace 17.084 defunciones en seis meses. El estado adjunto que extraemos del cuadro indicado expresa con más detalle esos mismos resultados y suministra también la marcha mensual de la mortalidad así como las nacionalidades de los fallecidos.

(1)—El cuadro á que me refiero, y cuya posesión debo al distinguido Dr. D. Adolfo Dávila, se encuentra impreso en una gran hoja suelta. Fué editado por la Sociedad Anónima por donde se imprimía el diario «La República» y lleva por título «La epidemia del año 1871.

Mortalidad producida por la fiebre amarilla en 1871

NACIONALIDAD	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Totales		TOTAL GENERAL
	Fiebre amarilla	Enfermedades comunes	Fiebre amarilla	Enfermedades comunes	Fiebre amarilla	Enfermedades comunes	Fiebre amarilla	Enfermedades comunes	Fiebre amarilla	Enfermedades comunes	Fiebre amarilla	Enfermedades comunes	Fiebre amarilla	Enfermedades comunes	
Argentinos........	2	610	90	456	1312	424	1762	258	228	297	3	263	3397	2308	5705
Italianos..........	4	79	167	86	2280	173	3365	108	364	58	21	64	6201	568	6769
Españoles...........	—	36	25	34	552	42	935	24	88	34	8	21	1608	191	1799
Franceses......	—	28	5	13	407	29	879	24	91	21	2	17	1384	132	1516
Ingleses	—	5	2	6	112	7	95	8	11	5	—	3	220	34	254
Alemanes...........	—	3	1	4	87	3	132	6	12	4	1	1	233	21	254
Nacionalidades varias..	—	27	8	29	145	46	367	43	48	39	3	32	571	216	787
Totales ...	6	788	298	628	4895	724	7535	471	842	458	38	401	13614	3470	17084


CIUDAD DE BUENOS AIRES
EPIDEMIA de 1871
CUADRO GRÁFICO
de la
MORTALIDAD
por la
Fiebre amarilla
y
Enfermedades comunes
ENERO
FEBRERO
MARZO
ABRIL
MAYO
JUNIO
500
400
300
200
100

Este predominio de los italianos en la mortalidad determinada por la fiebre amarilla, que se hizo patente desde el principio de la epidemia corroborándose después, fué interpretado por algunos, como el Dr. Diego G. de la Fuente, autor del Censo de 1869, como el resultado de un error ó una exajeración; y con el fin de demostrarlo publicó en la *República* del 15 de Marzo un estudio estadístico tendente á explicar el exceso de los italianos en los cuadros necrológicos, porque las personas de esta nacionalidad no emigraron á la campaña en la misma proporción que los nativos.

Con tal motivo presentó los cuadros adjuntos, el primero de los cuales comprende la población de Buenos Aires antes de la epidemia, y el segundo un cálculo de la reducción originada por la emigración.

POBLACIÓN DE BUENOS AIRES ANTES DE LA EPIDEMIA

Nacionalidad	Menores de 10 años	Mayores de 10 años	Total
Argentinos	39.200	59.600	98.800
Españoles	600	14.700	15.700
Franceses	600	14.000	14.600
Ingleses.	130	3.100	3.230
Italianos.	3.200	46.700	49.900
Otr. nacionalidades.	1.350	15.500	16.850
Total. . . .	45.080	153.600	198.680

Cálculo de la reducción causada por la emigración hasta el 8 de Marzo

Nacionalidad	Menores de 10 años	Mayores de 10 años	Total
Argentinos	19.300	31.100	50.400
Españoles	570	13.950	14.520
Franceses	570	13.300	13.870
Ingleses	123	2.900	3.023
Italianos..........	3.070	44.350	47.420
Otr. nacionalidades.	1.282	14.740	16.022
	24.915	120.740	145.255

La mayor reducción según este cálculo sería debida á la emigración de los argentinos, pues como puede verse habría pasado de 50.000.

Ahora bien, y dando por sentado que estas apreciaciones fueran exactas, siempre queda un predominio de los italianos para la mortalidad, y es justo suponerlo, para la morbilidad también. En efecto, mientras que los argentinos, según dichos cálculos representaban el 34.6 o/o de la población, solo alcanzaron á dar el 24.9 o/o en la mortalidad, al paso que los italianos que, según esos mismos datos, intervenían en la proporción de 32.6 o/o en la población, llegaron á representar el 44.2 o/o en la mortalidad por la epidemia.

Por mi parte he procurado también ilustrarme por investigaciones personales sobre esta interesan-

te cuestión de la mortalidad, pero debo declarar que los documentos que he consultado son completamente insuficientes.

Recorriendo los libros del antiguo Cementerio del Sud, que encontré en la Oficina Municipal de Rentas, y las informaciones oficiales suministradas por el Administrador del Cementerio General de la Chacarita, resulta que el total de personas enterradas en ambos cementerios, muertas de fiebre amarilla, suman 14.467, distribuídas asi: en el Cementerio del Sud, 10.044 y 3.423 en el de la Chacarita.

Debo observar igualmente que si se compara día por día el total de enterramientos con el de las declaraciones del fallecimiento, que era lo que guiaba al Sr. M. Navarro, se nota una gran diferencia entre las primeras cifras consignadas en los libros de los Cementerios, y las segundas que periódicamente publicaba este señor. No puede extrañarnos esta disparidad en una época como aquella en que llegaron á faltar hasta los sepultureros, y en que los cajones de los muertos, formando grandes pilas en el recinto sagrado y á lo largo de las calles próximas, donde se abandonaban, esperaban días enteros hasta que les llegase el turno de ser inhumados para su descanso eterno! No puede extrañarnos tampoco la dificultad de averiguar con toda exactitud la mortalidad originada por la misma causa.

Es posible que mi estimación contenga también errores, explicables quizá porque muchos fallecidos

por enfermedades comunes fueron anotados á continuación de los febricientes sin establecer el verdadero diagnóstico; pero aún así se vé que la mortalidad absoluta producida por la epidemia osciló al rededor de 14.000.

Conócese también la mortalidad de algunos puntos aislados de la ciudad, como la ocurrida en las parroquias de Monserrat (1.389 defunciones en solo los meses de Abril y Mayo) (1) y en la Concepción (2.696 defunciones) lo que se encuentra detallado en publicaciones oficiales. (2)

Muy poco podemos decir de la mortalidad relativa de esta enfermedad, pues no existe publicación alguna á este propósito, pero consultando el archivo del Lazareto de San Roque, donde se recibieron muchísimos casos, hemos podido recojer algunos datos que nos ilustran á este respecto.

El cuadro que aquí se consigna ha sido confeccionado de acuerdo con esos datos:

(1) Folleto de la Comisión de Higiene de la Parroquia de Monserrat 1871.

(2) Registro Estadístico de la República Argentina.

Resumen del movimiento de los enfermos de fiebre amarilla en el Lazareto de San Roque durante la epidemia de 1871

EDADES	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Totales		TOTAL GENERAL
	Altas	Defunciones	Altas	Defunciones	Altas	Defunciones	Altas	Defunciones	Altas	Defunciones	Altas	Defunciones	Altas	Defunciones	
De 1 á 10 años.....	—	—	1	2	8	5	4	4	8	4	—	—	21	15	36
De 11 á 20 »	—	—	7	3	62	50	62	68	24	33	—	—	155	154	309
De 21 » 30 »	1	—	11	14	79	202	161	263	24	33	—	1	276	513	789
De 31 » 40 »	—	—	5	18	49	108	72	161	11	16	—	—	137	303	440
De 41 » 50 »	—	—	1	7	29	75	40	80	5	23	—	—	75	185	260
De 51 » 60 »	—	—	1	1	12	30	19	40	1	2	—	1	33	74	107
De 61 » 70 »	—	—	—	4	5	8	6	14	2	2	—	—	13	28	41
De 71 » 80 »	—	—	1	—	1	8	—	2	—	1	—	—	2	11	13
De 81 » 90 »	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	1	2	3
Totales...	1	—	27	49	245	486	364	634	76	114	—	2	713	1285	1998

Resulta que sobre un total de 1.998 enfermos han curado 713 y han fallecido 1.285, lo que corresponde á una mortalidad de 64.3 o/o.

Resulta igualmente que la fiebre amarilla preponderó desde los 20 á los 50 años, pero que en absoluto el período de la vida que se mostró más predispuesto fué el comprendido entre los 20 y 30 años que por sí solo suma más de la mitad de los atacados y allí asistidos.

La epidemia del año 1871, que acabamos de reseñar, cierra el catálogo de aquellas originadas por esta enfermedad en la República Argentina hasta el presente.

No ha pasado igual cosa en la República Oriental del Uruguay, que más próxima y en mayor contacto con los focos de fiebre amarilla brasileros, ha tenido que sufrir nuevas importaciones de los gérmenes de este mal que dieron por resultado el desarrollo de otras tantas epidemias en los años 1872, 1873 y 1878.

Estas pequeñas epidemias son muy poco conocidas por los médicos actuales, y si nosotros podemos hacerlas figurar en este trabajo es gracias á los documentos é informaciones que nos han proporcionado en primer lugar mi amigo el Dr. Jacobo Z. Berra, y luego los distinguidos médicos orientales Dres. Federico Susviela Guarch, Florentino Felippone y Joaquín de Salterain.

La epidemia del año 1872 se halla lijeramente

descrita en la Tesis del Dr. Salterain [1] publicada en Montevideo el año 1884, y es naturalmente por orden cronológico, la segunda que se vió en ese país.

Por esa época, terminada ya la guerra con el Paraguay, la República Oriental hallábase empeñada en una lucha intestina, la mayor quizá de la larga serie que llena el génesis de su historia revolucionaria. «La movilización de numerosos elementos, las carestías inherentes al estado de guerra, la miseria y las privaciones (todo como en los anteriores casos de otras epidemias, cólera, etc.), aumentaban las probabilidades de una nueva epidemia, reinando como reinaba en los puertos del Brasil. Faltaba el germen, el elemento capaz de propagarse y no tardó mucho en presentarse.» (Doctor Salterain).

Los primeros enfermos de fiebre amarilla fueron revelados por el diario «La Tribuna» en su número correspondiente al 23 de Marzo de 1872, y resultaba que hasta esa fecha habían fallecido dos individuos por tal causa en el puerto de Montevideo, el capitán y el piloto de un navío alemán procedente del Brasil. La autopsia de ambos cadáveres comprobó la verdad de la denuncia y hay que advertir que hasta ese día ni la Comisión de Salubridad, ni

(1) Contribución al estudio del desarrollo y profilaxia epidémica en Montevideo.

la Junta de Higiene no habían tomado ninguna medida precaucional. Esas autoridades habían ignorado seguramente el peligro cercano.

El «Siglo» se expresaba casi en los mismo términos que su colega en el periodismo, y fijaba como punto originario de la infección al puerto de Pernambuco de donde procedía el buque infestado.

De esta manera tomó crecimiento la epidemia en la primera quincena del mes de Marzo, se desarrolló luegó hasta alcanzar su mayor intensidad en Abril, para declinar y extinguirse totalmente á fines de Mayo.

Como en todas las epidemias análogas anteriores, la fiebre amarilla en esta ocasión mostró una predilección particular por determinados barrios, al paso que en otros sus casos fueron muy aislados. Así nos lo hace saber el Dr. Salterain para la epidemia de Montevideo, en el siguiente párrafo: «Ahora bien: suponiendo dividida la ciudad vieja, á entrambos lados de la cuchilla que pasa por la calle del Sarandí y la nueva por la calle 18 de Julio, encontramos al costado Norte de las referidas vías, ó de esa procedencia, *ciento veinte y cinco*, de un total de 138 fallecidos, mientras que al costado Sur de las mismas, solo obtenemos un total de ocho, siendo los cinco restantes: tres de á bordo de los buques surtos en el puerto, uno del pueblo «Los Pocitos» y el último de procedencia desconocida.»

Resulta de estos apuntes que la epidemia del año

1872 fué en realidad de poca extensión, de corta duración y por lo tanto los estragos que produjo no alcanzaron á igualar en manera alguna los determinados por la primera invasión de esta enfermedad en Montevideo.

El resumen de la mortalidad que extraemos de ese trabajo se encuentra indicado en el cuadro adjunto.

MORTALIDAD PRODUCIDA POR LA EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO EN EL AÑO 1872

Nacionalidades	Total
Alemanes	5
Argentinos	5
Brasileros	2
Españoles	44
Franceses	12
Ingleses	6
Italianos	29
Norte Americanos	1
Orientales	31
Portugueses	1
Suizos	1
Sin especificación	1
	138

Al año siguiente de 1873 volvió de nuevo la fie-

bre amarilla á manifestarse en esa ciudad al estado epidémico, y su orijen, como ha pasado siempre en las dos capitales situadas en ambas orillas del Plata, no fué otro que la importación que se halla suficientemente explicada por el autor de la Tesis citada, de la siguiente manera:

«En los últimos días de Enero de 1873, vino á este puerto, desde el de Río Janeiro, el vapor francés la «Gironde», trayendo *patente sucia* del Consulado Oriental y *patente limpia* del Cosulado Argentino. Notificados los pasajeros á su llegada á Montevideo de la cuarentena que se les imponía, en mérito de las instrucciones del consulado respectivo, siguieron viaje hasta Buenos Aires, desde donde, sin tropiezo alguno, pudieron regresar á nuestro puerto dos días más tarde. Muy poco había transcurrido de este suceso cuando la Comisión de Salubridad manifestó por la prensa la existencia de un caso de fiebre en la calle de Piedras N°. 147, el primero realmente de aquella epidemia,. que estudió y atendió el Dr. Visca.»

Si esta referencia sobre el orijen de esta epidemia en el Estado Oriental es exacta, como no tenemos motivos para dudarlo, debe llamar la atención el que la enfermedad tomara asidero en el puerto de Montevideo y no en el de Buenos Aires donde los pasageros entraron con toda libertad. La razón que pudiera explicar este hecho, que no es el primero ni el único que las enfermedades viageras nos ofre-

cen, es muy difícil de hallar y debe ser buscada en los misterios y caprichos del contagio, que muchas veces, como en ésta, desorientan las más legítimas conclusiones que á su respecto se tienen y que ponen á prueba los conocimientos que la experiencia nos ha revelado. Muchas interpretaciones podrían darse, algunos argumentos podrían igualmente hacerse valer sobre estas predilecciones mórbidas, como sería el de suponer que las condiciones de receptividad local eran más favorables en la otra banda que aquí; pero con todo, debemos confesar nuestra ignorancia y admitir el hecho tal como la observación lo muestra.

En el primer foco de infección, produjose al día siguiente un segundo caso y luego transcurrieron 10 días sin presentarse enfermo alguno. Después de ese intervalo de reposo nuevos casos comenzaron á presentarse, pero siempre con períodos intercalados de 2 y hasta de 5 días sin enfermo nuevo hasta llegar al 17 de Marzo en que la epidemia se declaró franca y manifiesta El mismo Dr. Salterain fué atacado, notándose que en la manzana donde habitaba (limitada por las calles de Treinta y Tres, 25 de Mayo, Cerrito é Ituzaingó) que era un foco secundario, no hubo casi casa alguna que no tuviera uno ó más casos.

Como en la epidemia del año anterior, el máximun de intensidad correspondió al mes de Abril. hacia cuyo fin empezó á retrogradar para cesar por

completo en los últimos días del mes de Mayo. Fué algo más grave y generalizada que aquella, pero no llegó á tener la importancia de la del año 1857.

La mortalidad absoluta alcanzó á dar 329 defunciones distribuídas por nacionalidades según lo expresa el cuadro siguiente:

MORTALIDAD PRODUCIDA POR LA EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA EN MONTEVIDEO DESDE EL 21 DE ENERO AL 31 DE MAYO DEL AÑO 1873

Nacionalidad	Total
Alemanes	4
Argentinos	7
Austriacos	1
Belgas	1
Brasileros	2
Chilenos	1
Españoles	92
Franceses	56
Ingleses	2
Italianos	103
Noruegos	2
Norte Americanos	1
Orientales	42
Polacos	1
Suecos	1
Suizos	4
Sin especificación	9
	329

Sobre esta suma de fallecidos, 270 procedían del barrio Norte, 50 del Sud. Esta reproducción del mismo hecho observado en la epidemia del año 1872 es por demás significativa, pues revela de una manera evidente la influencia nociva de las condiciones de esa localidad, y, según el Dr. Salterain, dicho predominio en esa epidemia fué hasta poderse señalar ciertas calles como particularmente funestas; en efecto el número de fallecidos solamente en las calles Treinta y Tres, Cerrito y Piedras alcanzó á 140!

Las conclusiones á que llega el Dr. Salterain después de estudiar las epidemias de los años 1857, 1872 y 1873 en la ciudad de Montevideo, son precisamente las mismas, salvo lijeras diferencias, que aquellas á que hemos llegado nosotros, y muchos de los hechos que ellas comprueban son los que han servido de base á las autoridades Sanitarias de ambos países para proyectar y llevar á la práctica el reglamento sanitario marítimo que por parte de la Argentina está en vigencia después de haber sido denunciada la Convención Internacional.

Creo, pues, útil dejar mencionada aquí esas conclusiones.

«1°. En el Río de la Plata como en los demás países donde la fiebre amarilla no es originariamente epidémica, la enfermedad ha sido importada por los medios de transporte, marítimos ó fluviales.

2°. En las epidemias observadas succsivamente en Montevideo se constata cómo la fiebre ha sido importada, comunicando individuos procedentes de puntos infestados con la ciudad.

3°. La epidemia, formando uno ó varios focos, se ha extendido hasta invadir barrios enteros, formando luego focos secundarios.

4°. Estos focos primitivos, para la ciudad de Montevideo, han estado siempre del costado Norte, muy particularmente en las calles de Cerrito, Piedras, etc.

5°. Las tres epidemias observadas, hanse estacionado en los primeros meses del año, Marzo, Abril y Mayo, casi exclusivamente, llegando las más de las veces en el segundo de los mencionados á su verdadero apogeo.

6°. Siempre ha coincidido el desarrollo de éstas, consecutiva ó contemporáneamente con movimientos migratorios extemporáneos (guerras, inmigraciones, etc.) y en todos los casos con las malas condiciones higiénicas de la población.

7°. La mortalidad ha sido mayor, más que en ningún otro, en el período medio de la vida, de 20 á 40 años.

8°. Entre los atacados de la epidemia, los naturales del país forman apenas una cuarta parte de la totalidad.

9°. En las tres epidemias de fiebre, la colonia francesa ha sido la mayormente diezmada.

Finalmente en el año 1878 por cuarta vez la fiebre amarilla estalló en esa capital; pero, en virtud de las medidas de profilaxia empleadas, la epidemia pudo ser reprimida antes de que tomara gran desarrollo.

La Dirección de Salubridad Oriental, de cuya memoria el Dr. Florentino Felippone ha extractado para nosotros los datos que á esta epidemia se refieren, comprobó de un modo exacto que los primeros casos declarados en la calle de Yacaré N°. 17 formaban parte de la tripulación del bergantín «Prevaiat», que por haber comunicado con los puertos infestados del Brasil, había cumplido la cuarentena reglamentaria.

Estos fueron los dos primeros casos observados y del estudio verificado por la autoridad sanitaria resultó que efectivamente uno de ellos se hallaba enfermo de fiebre amarilla, presentando el otro síntomas muy sospechosos. Ambos enfermos fueron aislados en el Lazareto de la Isla de Flores. Siguiéronse después, con algunos días de intervalo, otros nuevos casos en la ciudad, los cuales se aislaron en un Lazareto provisorio habilitado en la calle 25 de Mayo N°. 7.

La aplicación rigurosa de esta práctica de secuestrar á todos los enfermos y de someter á igual aislamiento en un Lazareto de observación, que para ese caso se había instalado en la falda del Cerrito, á las personas sanas que habían estado en contacto

con los focos, dió los más espléndidos resultados, pues se logró reducir los efectos del contagio y limitar la epidemia en su comienzo, observándose en todo solo treinta y seis personas atacadas.

CAPÍTULO V

Casos aislados de fiebre amarilla importados que no dieron origen á epidemias

SUMARIO:—Estudio de los enfermos de fiebre amarilla importados á Buenos Aires por los vapores «Equateur» y «Solís» en el año 1883.—Antecedentes.—I. Historia y observación clínica del segundo enfermo.—II. Historia y observación clínica del tercer enfermo.—Paralelo entre ambas observaciones.—Sus analogías y diferencias.—Opiniones encontradas de los médicos que examinaron estos casos y de la Comisión del Departamento Nacional de Higiene.—Dificultades análogas suscitadas entre los miembros de la Comisión nombrada por el Director General de la Asistencia Pública.—Informe oficial del Presidente del Departamento, Dr. Antonio P. Pardo que declara la no existencia de la fiebre amarilla.—Discusión.—Consideraciones del autor en pro del diagnóstico de fiebre amarilla para todos estos enfermos.—Diagnóstico diferencial con la fiebre perniciosa, remitente, biliosa hematúrica y con la fiebre tifoidea biliosa.—Conclusión.

Decir que la fiebre amarilla después del año 1871 ha estado á punto de invadir nuevamente este país y determinar en consecuencia graves epidemias, sería insistir sobre una cuestión de tan pública notoriedad que el tentar probarlo fuera inoficioso.

No obstante esta convicción, es mi deber señalar las épocas de mayor peligro que hemos atravesado, y particularmente los casos de fiebre amarilla introducidos al seno de esta ciudad y que gracias á las medidas profilácticas adoptadas lograron man-

tenerse como enfermos aislados sin difundir el germen del contajio.

Como por mi situación, al frente de la Casa de Aislamiento, he tenido que intervenir personalmente desde el año 1882 en la mayoría de esos sucesos cuyas informaciones respectivas han sido publicadas por mí en oportunidad, me será fácil presentar un resumen suficientemente explicativo para que el lector pueda formarse una idea de las razones que me han autorizado para clasificarlos como casos de fiebre amarilla.

I.

Enfermo importado por el «Equateur» el 31 de Octubre de 1883.

María Perciliana, natural de las islas Azores, de 23 años de edad, soltera, de ocupación sirvienta, de constitución delicada y de un temperamento linfático, era una de las viajeras que en calidad de mucama acompañaba á su patrona, la Sra. Freitas de Henriquez, que abordo del vapor Equateur se dirijia á Buenos Aires, á donde llegó el 31 de Octubre de 1883.

Estas personas sufrieron en el camino del mal de mar, de modo que hasta cierto punto se hace difícil saber el momento preciso en que se enfermó la primera de ellas, que fué la patrona. No obstante,

está averiguado que la Sra. Freitas se sintió mal en Río Janeiro, puerto en el cual el Equateur permaneció algún tiempo, y que la persona que la cuidaba era María su mucama, quien se enfermó en seguida.

Los antecedentes de la Señora, solo atestiguan que, apesar de su edad, 54 años, era sana, que enfermó y sintióse muy mal después de salir de Río, donde probablemente contrajo su enfermedad, desembarcando en Buenos Aires enferma y muriendo el 6 de Noviembre, con síntomas que el médico que la asistió, Dr. Alston, *clasificó de fiebre amarilla.*

María Perciliana contrajo su enfermedad después de salir de Río, según ella misma lo ha dicho, cuidando á su Señora.

Su mal empezó por chuchos y por un dolor á la cintura que ella refería al enfriamiento, ó la disposición de su cama que tendía en el pavimento. Con estos fenómenos iniciales se declaró una fiebre que acompañada de los síntomas ordinarios, como cefalalgia, anorexia, sed, constipación, etc., motivaron por parte del médico del buque el que le administrara un vomitivo y un purgante. A pesar de esto la fiebre continuó hasta el día del desembarco en este puerto, que lo efectuaron tanto ella como la señora de Freitas, en sillas de brazo, por no poderse mantener en pié.

Estas viajeras fueron á parar al Hotel Midi, Calle

Corrientes nº 23, y el médico no solo creyó que ambas padecían del mismo estado mórbido, sino que llevó más lejos sus previsiones, declarando á las autoridades competentes los temores que abrigaba por sus recientes clientas..

Como hemos dicho ya, la patrona murió el 6.

La superviviente fué examinada por numerosos médicos, y debían de haber encontrado algo de insólito, cuando ordenaron fuera pasada á la Casa de Aislamiento. La noche del 6, María tenía, con una temperatura de 41°, un pulso incontable que se perdía por su pequeñez; al día siguiente por la mañana 40° y por la tarde, hora en que se remitió, tenía 41°,2. El estado en que la recibí era el siguiente: Tenía un ligero delirio de palabra, pero tranquilo; el vientre estaba elevado y había timpanismo á la percusión. La fosa ilíaca derecha estaba un poco dolorida y se notaba gorgotéo, porque había habido diarrea, que se comprobaba más por la poción con subnitrato de bismuto que tenía recetada.

Contestaba con lentitud á las preguntas que le dirijía: había obtusión intelectual y estupor. La lengua cubierta de un barniz opaco y blanco, es taba seca. Tenía bastante sed. Ofrecía, en fin, con una coloración amarillenta de toda la piel, un lijero tinte sub-ictérico de las escleróticas, y con la temperatura indicada, un pulso pequeño que llegaba á 130.

Los demás órganos, que también fueron examinados, no revelaban una alteración apreciable.— Prescribí 50 centígramos de sulfato de quinina á tomar en dos veces, agua de limón, hielo y caldo limpio.

OSERVACIÓN—*Día 8.*—La enferma amanece regular; ha dormido algunas horas durante la noche, —no ha habido delirio. La temperatura á las 10 a. m. era de 37°,6 y el pulso, siempre pequeño, de 88 por minuto. El estupor intelectual persiste, las pupilas no ofrecen nada de particular, pero se observa que constantemente mantiene los párpados cerrados, no por horror á la luz, sino por el esfuerzo que necesita para tenerlos abiertos algún tiempo. El estado del vientre apenas se modifica y á las 5 p. m. aparece una cámara diarreica con superabundancia de bilis, la orina se mezcla á ella y no es posible juzgar su estado. Se repite la quinina en la misma dosis y además vino de quina, caldo, etc.

8 p. m.—Temp. 36°, 2. Pulso no cambia de carácter, llega á 80; los movimientos respiratorios son 20 por minuto; la piel está húmeda.

La enferma no se encuentra mal, solo siente el cuerpo decaído, dolorido y sin fuerzas; tiene sed. En el abdómen no se descubre nada. La orina no se ha podido conseguir.

Día 9.—Ha tenido insomnio; la tempetura se ha elevado á 38°, 3 y el pulso sin variar es de 92: la respiracion es 24, la piel está húmeda, hay sed.

Esta temperatura desciende 3 décimos por la tarde después de tomar su dosis de quinina. Se puede obtener un poco de orina aislada, que examinada no demuestra la presencia de la albúmina. Los demás síntomas, incluso la lijera ictericia, se atenúan un tanto. Continúa el alcohol bajo forma de poción Jaccoud.

Día 10—Temp. a. m. 36°8; pulso más fuerte, 80; resp. 20. La orina escasa no la podemos medir por la razón antedicha, pero no encontramos en ella ni albúmina ni azúcar, ni pigmentos biliares.

Este día fué examinada por una comisión de médicos del Departamento Nacional de Higiene.

Por la tarde, temp. 37°,2; pulso regular 84; respirac. 22. Sobreviene una evacuación diarreica con escasa orina. La lengua se ha limpiado un poco y la enferma se halla con un poco más de fuerza y dice estar mejor. Ha tomado vino de Oporto y poción de Jaccoud; la quinina está suspendida.

Cuando á las 9 la volví á ver, se encontraba hacía un momento presa de gran frío, por lo que ordené vino caliente con acetato de amoníaco y té.

Día 11—Temp. a. m. 36°,2; p. m. 37; pulso 80.

Hoy tres evacuaciones francamente biliosas, como crema. Por la noche sobrevienen sudores.

Este día es examinada por otra comisión de médicos mandada por la Asistencia Pública; y el D. Arata, Director del Laboratorio Químico Municipal, practica el examen de la orina y se encuentra: color amarillo claro; el enfriamiento y el reposo dá lugar á un depósito; densidad 1.016. No se encuentra ninguna sustancia extraña, ni el análisis espectral denota ningún principio colorante de la sangre; no hay ni ácidos biliares, ni materia colorante de la bilis. Las sales normales de la orina están bien; la reacción es ácida; no se examina la urea. El examen micrográfico enseña cristales de fosfato amoníaco magnésico.

Día 12—Temp. normal 37°; pulso 78. Se siente mejor; se levanta en la pieza. Lengua límpia; hay apetito y se le consiente un huevo, sopas lijeras y vino. Está débil.

En los días subsiguientes no se observó más novedad que ésta, que por lo rara señalo: al tener los brazos caídos, siente un dolor en la parte media de las palmas de las manos, pero que á veces se exajera en cualquier posición.

Sale de alta, curada, el 20.

II

Enfermo importado por el vapor «Solis» el 1º de Noviembre de 1883.

El segundo enfermo sospechoso fué denunciado en la noche del 15 de Noviembre de 1883, y se encontraba alojado en el Hospital Español.

Eran las 11 p. m. cuando por orden del Director de la Asistencia Pública pasé á examinarlo en compañía de mi distinguido condiscípulo, el Dr. D. Miguel Murphy, en presencia del médico interno del establecimiento Dr. Fabrés, y el practicante mayor, Sr. Allende, quienes contribuyeron á completar los datos anamnésicos que antes que nosotros y en mejores condiciones por parte del enfermo habían podido obtener.

Antonio Bergara, de 20 años de edad, español, de una constitución fuerte y de profesión foguista, entra al hospital de su nacionalidad el día 15 de Noviembre á las 4 1/2 p. m. próximamente.

Los antecedentes que suministra no son bien precisos en cuanto á la determinación de las fechas y á su naturaleza misma, en razón de su estado intelectual y de la postración suma en que se encuentra, contestando en ciertos momentos con mucha vaguedad.

Los datos que más abajo se apuntan han sido escrutados por varias veces, y en todas han sido uniformes.

Este individuo pertenecía á la dotación del vapor «Solís» que llegó á Río Janeiro con 200 pasajeros el día....., no lo precisa bien, pero cree que fué al rededor del 20 de Octubre, fondeando el buque como á 100 metros de la costa [1].

Su enfermedad comenzó por un violento chucho, que se repitió, sobreviniendo pronto cefalalgia y una raquialgia tan fuerte que para atenuarla el enfermo hizo uso de una ajustada atadura con una cuerda, que aún conservaba ceñida á su cintura y que fué cortada esa misma noche. Al mismo tiempo tenía sed, inapetencia, en una palabra, fiebre.

Un médico que había entre los pasajeros le administró unas 6 píldoras, que él oyó decir que eran de *quinina*.

Con estos fenómenos tuvo también dolor estomacal, calambres y dolores en los miembros, lo que le obligó más de una vez á pedir á sus compañeros que le diesen fricciones á fin de aliviarlos, pues el médico, apesar de ser solicitado, no lo volvió á ver más.

1. Según el capitán, el día de llegada á Río fué el 18.
Tengo que añadir que alguien ha dicho que el «Solís» no tuvo relación alguna con los de tierra; pero eso no es cierto, puesto que este buque recibió 50 ó más toneladas de carbón, en cuya operación de carga se empleó un gran número de negros que indudablemente han debido tener contacto con la costa.

El «Solís» habría permanecido un día y medio en Río, según los recuerdos del enfermo, haciéndose enseguida á la mar con rumbo hacia Montevideo, donde, en razón de malos tiempos, llegó algo atrasado (en siete días).

En la noche del 4° día, á partir desde el momento del principio de la enfermedad, fué atacado de vómitos, que se repitieron 48 horas después, respecto á la naturaleza de los cuales y después de varios interrogatorios he llegado al conocimiento de que el líquido espontáneamente eliminado se asemejaba por su color al café ó te claro, aunque antes y por repetidas veces había asegurado á otros colegas y á mí mismo que eran negros.

La fiebre continuaba, apareciendo una ansiedad estomacal más ó menos acentuada, palpitaciones en la región epigástrica, pesadillas, insomnio, etc. y, durante esta época, en que la orina era oscura y escasa y le ocasionaba ardores uretrales en la emisión, el enfermo dice que su piel adquirió un tinte amarillento, color limón.

La defecación ha sido, al parecer, normal, observando alguna vez un poco de sangre roja en las materias, pero siempre hay lugar para sospechar que dichas pérdidas bien pudieran tener un origen hemorroidal.

En Montevideo se sintió algo mejorado, (debo repetir que durante los 7 días de viaje hasta este puerto estuvo bastante mal y lo pasó en cama),

mejoría que lo hizo creer en una cura completa, y tentó de nuevo el trabajo, teniendo bien pronto que abandonarlo, porque su enfermedad parecía renacer, pues la fiebre y la cefalalgia se iniciaron de nuevo hasta que al fin arribó á Buenos Aires en cuyo puerto dice haber continuado enfermo hasta el día 12 en que desembarcó.

Hay que hacer constar que el intervalo de aparente mejoría no fué franco: le flaqueaban las piernas, carecía de fuerzas, etc.

El estado actual en la noche que por primera vez lo vimos y lo examinamos, era el siguiente: El rostro expresaba gran abatimiento, había estupor y de cuando en cuando sobresaltos en los miembros; las pupilas estaban muy dilatadas y *casi completamente* inmóviles á la acción de la luz; las conjuntivas congestionadas.

La lengua saburral; había sed, anorexia y grande ansiedad; además, diarrea biliosa. El epigastrio era doloroso, lo mismo que el vientre y su sensibilidad aumentaba á la presión; este dolor se hacía manifiesto también en la fosa ilíaca derecha, donde se notaba gorgotéo, lo que no era de extrañar.

El bazo parecía aumentado de volúmen y era sensible al percutirlo.

Había disnea (50 movimientos respiratorios por minuto), la respiración era diafragmática y breve y había sub-matitéz en ambas bases por detrás,

signos que, unidos á los que daba la auscultación, revelaban á todas luces un éxtasis pulmonar pasivo; por delante la percusión era normal, pero el oído descubría en la región derecha rales sibilantes que eran menos numerosos en la región opuesta.

El pulso era regular (85 primero y más tarde 106); el corazón nada indicaba; la piel estaba seca y sin embargo el termómetro apenas llegaba á 36°, 2 y dos horas antes á 36°, 6 (1).

La raquialgia ya señalada y un delirio tranquilo, alternando con un estado de sopor, cerraban este cuadro clínico bien complejo y grave.

La orina no pudo ser examinada por estar mezclada á las heces.

No se menciona la ictericia por las condiciones de la luz artificial que nos iluminaba, pero los médicos del Hospital que me habían precedido la habían comprobado y al día siguiente se podía percibir el tinte sub-ictérico de la conjuntiva bulbar.

En resumen, pues, se trata de un individuo joven, que después de una enfermedad aguda mal atendida, con atenuaciones y falsas apariencias de mejoría, llega de Río y desembarca en Buenos Aires para ir á un hospital donde se encuentra un conjunto sintomático extraño y grave.

1. Las temperaturas en todos estos enfermos han sido tomadas con termómetro que no dejan que desear en cuanto á su precisión puesto que los dos que nosotros hemos empleado son buenos según experiencia anterior y posterior á estas observaciones.

OBSERVACIÓN—*Día 16 de Noviembre*—Esta mañana el enfermo amaneció mejorado; el termómetro marcaba 36° 7, pulso 104, lengua más húmeda, el vientre se ofrecía menos doloroso y no había tenido ninguna deposición (el enfermo tenía como prescripción bismuto con láudano); pero en cambio un fenómeno puramente funcional, la retención de orina, parecía agravar aunque solo aparentemente el estado del paciente, pues, sondado por el practicante interno, el joven Allende, la orina se mostró algo escasa en cantidad, pero examinada por el que suscribe en compañía del estudiante nombrado, presentaba: densidad, 1.019; reacción ácida; sin albúmina; sin azúcar; sin sangre.

A las 11 a. m., temp. 37° 2. Estaba más despejado, el estado de postración menos manifiesto; la respiración era más libre, solo el dolor en la cintura se había exajerado un poco.

A las doce y media fué trasladado en la ambulancia este enfermo al hospital provisorio bajo tiendas, donde he seguido asistiéndolo. El viage le ha producido un poco de delirio.

El estado tifóideo tiende á despejarse; las pupilas reaccionan á la luz.

8 y 10 p. m.—La mejoría subsiste; el calor eleva el termómetro á 38°; pulso 72; ha dormido una hora; el examen local del vientre, satisfactorio; en el torax persisten pero muy disminuídos los rales

de anoche; la percusión de las bases es más clara. Toma la poción Jaccoud indicada por éste al tratar de la Pericarditis, caldo y agua de pan, porque tiene bastante sed.

La orina se ha eliminado dos veces sin ofrecer nada de particular.

Día 17—Anoche ha dormido regularmente y sin delirio; á las 5 a. m. orinó 350 gramos de orina, bastante amarillenta, descubriéndose en ella solo vestigios de pigmento biliar; dolor lumbar y en las piernas; sensibilidad en la región hepática sin cambio de volumen del órgano; el apetito renace; la adinamia cede; pulso 60; temp. á las 8 a. m. 37° 5. Ordeno fricciones con trementina y alcohol, una cataplasma sinapismada al hipocondrio, caldo, té y la misma poción.

8 p. m.— 37° 7; pulso 70: lijero sudor; constipación; el paciente siente mucha flojedad, y está débil.

Día 18.—Bastante bien; pulso ha oscilado entre 72 y 79; temp. entre 37° 5 y 37° 6. Todos los fenómenos mórbidos atenuados; la lijera ictericia es casi invisible. Se alimenta convenientemente, ha tomado un huevo, jugo de carne, caldo, vino, etc.

Día 19—No hay novedad sino la postración del enfermo; sigue la constipación, por lo que ordeno una solución de sulfato de soda que tomará mañana; se continúa alimentando; la temperatura es normal.

Día 20—El purgante le ha movido dos veces el vientre.

El 21 y el 22 el enfermo sigue bien, la temperatura no ofrece nada de singular. El enfermo se levantó hoy por primera vez.

En los días siguientes hasta el 25 el enfermo no ha ofrecido ninguna novedad: hay lijeros dolores á lo largo del nervio ciático que aparecen como neuralgia, pero que han cesado por el uso de simples fricciones.

Dentro de breves días saldrá de alta.

El clínico menos observador que compare estos dos enfermos, no podrá dejar de encontrar en ellos muchos puntos de contacto que los aproximan sobremanera.

1°—Ambos argentinos, tanto María Perciliana como Bergara, contraen su enfermedad después de haber llegado ó salido del puerto de Río Janeiro, abordo cada uno de buques diferentes: él en el «Solís», ella en el «Equateur».

2°—En los dos, la enfermedad se inicia con todas las reacciones activas de un mal agudo, con chuchos, cefalalgia, raquiálgia, malestar estomacal, etc.

3°—Está probado que tanto la Perciliana como Bergara tuvieron una violenta fiebre, y averiguado

también que en éste fué probablemente continua y duró más de siete días.

4°—En ambos, si se negara la presencia de ictericia, ella fué comprobada, aunque muy disminuída, por un gran número de los médicos que los vieron.

5°—Los dos casos después de un tiempo indeterminado, pero algo distante del principio de la enfermedad, caen en una adinamia que los médicos clasifican de estado tifóideo y se les pronostica la muerte.

6°—Con este estado sobrevienen sudores y aparece en ambos una diarrea francamente biliosa, con cólicos más ó menos violentos.

7°—La temperatura al finalizar la enfermedad desciende mucho y se mantiene entre 36 y 37°.

8°—En ninguno de los dos el examen local permite decir: he aquí el órgano enfermo, luego se trata de un estado general.

9°—La orina escasa en ambos, si presenta anormalidades, ellas solo se refieren á la lentitud de la emisión, al punto de requerir en uno el uso de la sonda.

Y 10—La convalecencia se acompaña en los dos de neuralgias transitorias.

Si estas analogías son ciertas, como es imposible negarlo, porque de exprofeso se han tomado de los datos bien averiguados y, más que todo, de la observación seguida, es imposible igual-

mente no ver en ellas algo de común, como común fué su origen y fué semejante y casi idéntica su marcha, concluyendo finalmente ambos por curarse.

Yo digo entónces: si ésta es una verdad averiguada, si las divergencias que estos enfermos presentan son limitadas y explicables como lo haré ver en seguida, sería cerrar los ojos el querer desconocer que un algo especial é idéntico también ha intervenido para su desarrollo y que, este algo, los buques lo tomaron á su paso por el puerto de Río.

Veamos ahora las diferencias, pero téngase presente el sexo y las condiciones individuales de cada uno.

El uno tiene vómitos, el otro no, pero el médico de abordo le administra un vomitivo, porque había un estado saburral probablemente; lo que quiere decir, que en el primero la irritabilidad gástrica llega á determinar dicho fenómeno mecánico al paso que en la segunda no se produce, porque el primero careció de un médico que lo atendiese, mientras que en ella intervino la ciencia y provocó un hecho terapéutico que habría sido espontáneo como en su compañero, con toda probabilidad, sin la intervención oportuna.

El pulso en Perciliana era pequeño y débil: era mujer y delicada.

En Bergara no sucedió lo mismo: era hombre y fuerte.

Hubo también en este último signos conjestivos del aparato pulmonar que bien podrían explicarse por el hecho de una complicación.

La raquialgia fué más violenta en él que en ella; pero esto es una simple expresión subjetiva difícil de comparar.

Después de lo dicho no se observan más desemejanzas entre estos dos casos, pues en la gravedad misma que ellos presentaron, hasta hacer nacer temores de muerte, encuentro para mí una similitud tal que no puedo menos de hacerla notar é insistir en ella.

Estos casos han motivado serias cuestiones á causa de la incertidumbre del diagnóstico.

El primer médico que los vió y los *denunció*, fué el Dr. Alston, denuncia que vendría ya á hacer sospechar que en el diagnóstico *de fiebre* que él daba, se ocultaba algo de especial, puesto que en el certificado hacía constar que esta enferma, la que sobrevivía de las venidas en el Equateur, se hallaba en condiciones de no poder ser asistida convenientemente en el hotel en que paraba. Lo único que se desprendería de esto es, ó que la enferma no tenía medios de asistencia, lo que está probado que es incierto, ó, lo que es más verosímil, que se presumía que su mal era contagioso [1]

(1) En el Standard del 18 de ese mes, el Dr. Alston publica una carta confirmativa de lo que decimos y cuyo párrafo pertinente dice así: «El 4 « de Noviembre, fuí solicitado para ver dos casos de enfermedad en un ho- « tel de la ciudad, considerados sin importancia. Declaré, por lo pronto, « que ambos casos eran de fiebre amarilla, en estado avanzado, de tipo no « muy común y muy peligrosos»......

La enferma, como se ha dicho, y que no era otra que María Perciliana, fué trasportada á la casa de Aislamiento el día 7 y el 9 la examinaba una comisión de facultativos del Consejo Nacional de Higiene, de los cuales uno, el Dr. Blancas, y creemos que también el Dr. Damianovich, pero seguramente el primero, afirmaba que el caso era, no solo de *fiebre amarilla*, sinó también que la enferma moriría; el resto de la Comisión en esa circunstancia, y aún después de la autopsia de la otra enferma que falleció, mantuvo el diagnóstico de *fiebre infecciosa ó perniciosa maligna*, y el distinguido Dr. D. Pedro A. Pardo, presidente de dicho Departamento, en un manifiesto dado al público, dice que la opinión unánime, excepto de uno, es esa; es decir, que la enfermedad de estos individuos debía clasificarse como una forma de paludismo que se refería á la *fiebre perniciosa*, *maligna*, etc.

Dos días después, el 11, esta misma enferma fué reconocida por otra comisión de médicos designados por el Director Gral. de la Asistencia Pública, compuesta de los Dres. Herrera Vegas, Pirovano, J. Fernández (padre) y el Dr. Enrique Revilla. De los diagnósticos por ella emitidos, solo uno se refería al paludismo expresado bajo el nombre de *fiebre remitente*; para otros, se trataba de una *fiebre biliosa* simple ó complicada de un estado disenteriforme ó tifóideo, habiendo finalmente un miembro de la comisión que sostuvo el diagnóstico de la endemia

del Brasil. A esta última opinión se unía la del autor.

Viene en seguida, por orden cronológico, la autopsia de la Sra. Freitas, fallecida el día 6 y que según algunos debía servir para iluminar la duda sobre la enfermedad de su mucama, que la había contraído prestándole sus cuidados.

He aquí los datos de la autopsia practicada el día 12:

Color del cadáver, amarillento, según algunos, color simplemente cadavérico, según otros, aunque en el manifiesto dado al público se lee: «lijera ictericia de las paredes del abdomen. (1)--Pulmones, reblandecidos y negruzcos. Cavidad pleural derecha: había exudaciones en su porción parietal y diafragmática de un color amarillento. Pericardio: exudados análogos á los de la pleura. Corazón: un poco atrofiado, vacío y de paredes adelgazadas; este órgano tenía una cantidad de tejido adiposo más abundante que de ordinario. Estómago: vacío y de paredes delgadas. Los intestinos no se abrieron, pero el peritoneo contenía signos de flegmasia en su porción derecha.—El Hígado, de un color plomo apizarrado, está reblandecido é infiltrado de gases. Bazo: transformado en papilla negra.

(1) En la fiebre amarilla el plano superior del cadáver es de un amarillo más ó menos oscuro, es constante y se le puede mirar como característico. El plano inferior es lívido ó violáceo....Cuando el cadáver ha estado descansando sobre el vientre, es lo contrario quo se observa......(Dutroulau, *Traité des Maladies des Européens dans les pays chauds.*)

Riñones: muy reblandecidos y negruzcos. Vejiga: normal y sin contenido. No se examinaron los ojos ni se abrió el cráneo.

Estos son os datos que he podido recojer de la necropsia, en que la putrefacción contribuyó á desvirtuar más las lesiones.

Las conclusiones deducidas del estudio de las lesiones anátomo-patológicas, se encuentran en gran parte consignadas en una comunicación del Presidente del Departamento de Higiene, Dr. Pardo, al Ministerio y cuya parte pertinente transcribimos en seguida:

«Concluiré, Sr. Ministro, esta comunicación anun-«ciando á V. E. lo más importante y trascendental, «á saber: que según la OPINION UNÁNIME de todos «los miembros del Departamento que concurrieron «á la autopsia del cadáver de doña María Freytas «Enriquez, las lesiones anatómicas encontradas en «los diversos órganos no son las de la fiebre amari-«lla. Exceptuaré solo al doctor Damianovich que «afirmó solamente que no podía asegurar que los «fenómenos observados respondían á la fiebre ama-«rilla.

«Esas lesiones anátomo-patológicas reveladas «por la autopsia son de dos clases: las primeras «consisten en lesiones de las pleuras y pericardio, «correspondientes á una *pleuropericarditis intensa*.

«Las segundas, del hígado, bazo y riñones, re-«cientes, corresponden, en opinión de la mayoría de

«los miembros del Departamento, y el suscrito par-«ticipa de ella, á una INTOXICACIÓN PALÚDICA. Si te-«nemos en cuenta los datos clínicós suministrados «acerca de los fenómenos que presentó la enferma «comparados con los resultados de la autopsia, la «misma mayoría opina que la muerte ha sido pro-«ducida por el paludismo implantado en una perso-«na delicada ya, por causa de su dolencia crónica. «Como ninguno observó personalmente á la enfer-«ma, no podríamos decir, los que así pensamos, si la «manifestación del paludismo revistió la forma de «una fiebre intermitente, perniciosa ó de una fiebre «remitente.

«Parece tanto más cierto que se trata de un palu-«dismo, cuanto que, según el doctor Alston, que vió «en vida á la Sra. de Freytas, esta presentó los mis-«mos síntomas que María Perciliana, la que tam-«bién en el sentir de la mayoría de mis colegas, no «tiene tal fiebre amarilla, sinó una fiebre palúdica. «La fiebre palúdica nunca se ha considerado como «trasmisible.»

Como se vé, prevalece el diagnóstico de una fie-bre palúdica.

Pero agreguemos algo más: el 15 por la noche es denunciado en el Hospital Español, por el Dr. Carlé, un nuevo caso sospechoso de fiebre amarilla, tal es la opinión también del médico interno, Dr. Fabrés. Más tarde, cerca de media noche, es visto por el Dr. Murphy en compañía del que esto escribe

y encontramos los síntomas señalados en la historia.

Después de estos detalles y antes de avanzar en nuestro estudio, debemos hacer notar que en atención al tiempo trascurrido desde el principio de la enfermedad, tanto en Perciliana como en Bergara, la mayoría de los médicos al emitir su juicio tenían que dirijirlo al mismo tiempo que al proceso actual, al que lo había originado; es decir, la obligación diagnóstica era doble, puesto que podía muy bien tratarse de una relación de causa á efecto, ó cuando menos de una complicación, recidiva, transformación, persistencia, etc., ó en fin de un estado virgen y reciente.

Si todas las enfermedades tuvieran en sus diversos períodos signos patonogmónicos, si nos fuera dado en ellas hallar elementos de juicio para asignarles complicaciones ó estados accidentales exclusivos, lo mismo que sus rarezas, si estudiásemos enfermedades y no enfermos, en que suele ser cada uno un crisol elástico que modela el mal según mil condiciones; si, en fin, pudiéramos encontrar en los individuos en quienes ha pasado toda la época activa y bulliciosa de su enfermedad, indicios ciertos de los síntomas de su período de estado, es claro que la medicina y el arte del diagnóstico serían bien simples, no habría opiniones divergentes ni serían necesarias; pero no sucede desgraciadamente así; esta ciencia ofrece cada día casos insólitos, en-

fermos que como los presentes son verdaderos problemas clínicos y es en los recursos de la clínica donde debemos buscar la solución.

Para uniformar la discusión sentemos hechos primordiales, que son importantes porque se refieren á circunstancias etiológicas. En primer lugar tenemos dos viajeros del «Equateur» enfermos con fiebre después de su arribada á Río, que desembarcaron con fiebre en Buenos Aires el 31 de Octubre, falleciendo el uno, salvando el otro.

Segundo. Un individuo, foguista del vapor Solís que se enferma y tiene fiebre después de llegar á Río, que sigue enfermo en el viaje y que desembarca enfermo en Buenos Aires un día después de los otros individuos, es decir, el 1° del corriente y que también se cura.

Tercero. El resultado de una autopsia hecha tardíamente, de modo que los únicos observados son los que se curan.

Analicemos ahora estos hechos con la imparcialidad que ellos requieren y veamos á dónde ellos nos conducen.

¿Qué enfermedad puede haber sido aquélla que después de evolucionar con los caracteres de un proceso agudo, franco, había llegado, sin cesar de un modo bien manifiesto y después de un tiempo largo, pero no bien determinado, á presentar una sintomatología tan extraña y una gravedad tan grande, en que descollaba la depresión de las fuerzas, el

estado tifoideo, la sub ictericia, la marcha anormal de la temperatura, etc., etc.?

En general, sabemos que cualquiera afección aguda, puede ofrecer la adinamia en sus últimos períodos, lo cual depende de mil circunstancias no del todo estudiadas todavía; pero las enfermedades que á mi juicio pueden asemejarse á la de estos enfermos, son:

1° *La fiebre perniciosa, la fiebre remitente, la biliosa hematúrica*, etc.

2° *La fiebre tifoidea biliosa.*

3° *La fiebre amarilla.*

El paludismo en general, la fiebre perniciosa maligna, la álgida entre otras, es uno de los diagnósticos formulados, deducido no solo de la observación, sino también de la autopsia del caso no observado.

La tradición médica ha dado á la expresión *fiebre perniciosa* un sentido arbitrario que induce á equívoco, y es con el fin de no herir susceptibilidades de personas que estimo desde que me inicié en los estudios médicos, que procuraré ceñirme, no precisamente á los términos, sino también á la intención de sus autores; hago esta salvedad porque otro diag, nóstico del mismo orden, como ser *fiebre remitente*. ha sido sostenido.

El paludismo engendra estados que pueden dividirse así: *fiebres intermitentes*, *normales* y *anormales; en fin*, *la caquexia*. De las normales no hablare-

mos, porque creo que nadie ha pensado en ellas. Entre las anormales tenemos *las irregulares*, *las perniciosas*, *la álgida*, *la diaforética*, *la colérica*, *las larvadas*, etc. Son también anormales *las fiebres remitentes*. La *perniciosidad* es un carácter especial de estos estados que debe distinguirse, pues esta palabra se referiría en el lenguaje común á una fiebre grave con un peligro inmediato, mientras que en la dicción médica se hace abstracción de esta sinonimia y se establece una gran diferencia entre *la fiebre intermitente grave* y *la intermitente perniciosa* que es á la que se dirigía el diagnóstico del Consejo Nacional de Higiene y particularmente del Dr. P. Pardo.

Lo mismo, la palabra *fiebre remitente* está aún mal definida, englobándose bajo este nombre estados variados. No es en efecto la remitencia regular de la fiebre lo que la caracteriza, sino que, como en las anteriores, hay que establecer realmente su origen malárico, la posibilidad del cambio de tipo, la tumefacción del bazo y del hígado, hecho constante, y, finalmente, la melanémia. Toda fiebre que no tenga estos caracteres, podrá ser remitente, pero no pertenecerá á la infección palúdica (Jaccoud).

Si el diagnóstico respecto de los casos que estudiamos se formula así: *fiebre perniciosa*, *infecciosa ó maligna* y *aún simplemente paludismo*, creo que él no se ajusta á los hechos con exactitud, pues ni la observación, ni la autopsia lo confirman.

En la perniciosa álgida, de la cual también se ha hablado, cuando la algidez aparece, es en el curso del período de calor y á veces en el de sudor, y al mismo tiempo que el enfermo arde de calor interno, su piel se enfría, se vuelve lívida y cianótica, el pulso se hace pequeño y rápido, por los trastornos cardiacos debidos á la intervención del sistema vaso-motor y simpático.

Pero en la enferma, cuando estuvo en la Casa de Aislamiento, el frío era sujetivamente real, pues se quejaba de él y fué menester recurrir al uso de bebidas calientes, debiendo hacer notar que esta sensación vino sin chucho, sin elevación térmica, sin nada que mostrara un reciente ó actual ataque que es lo que principalmente debe llamar la atención.

Pero estos hechos del dominio subjetivo puramente, no deben tener y no les doy un valor decisivo; pero hay otros, tales como la marcha de la temperatura, que deben tenerse en cuenta.

La marcha de la temperatura en las diversas formas del paludismo, es típica por la intermitencia primero y luego por la inversión en las horas de la exacerbación del calor. El 6 de Noviembre *por la noche* la enferma tenía 41°, al día siguiente por la mañana, una lijera remisión, y, si no se me ha informado mal, el termómetro oscilaba al rededor de 40°, por la noche en la Casa de Aíslamiento 41°,2, al otro día por la mañana 40°,6; luego, este segmento de la línea térmica demuestra al mismo tiem-

po,que la pirexia era contínua y que las exacerbaciones correspondían á la marcha de las fiebres no maláricas, y aún suponiendo que la exacerbación hubiese aparecido invertida, me quedaría que decir que la fiebre amarilla, *excepcionalmente*, la puede presentar.

Podría objetárseme con algunos prácticos diciendo que la apirexia en la perniciosa no es pura; pero esto mismo estaría en contradicción con el paludismo, porque estos casos, sin ataque alguno, han presentado más que apirexia: han tenido *atermia*.

Además, una fiebre maligna tan seria como para comprometer la vida, produciendo hondos trastornos generales,no habría podido existir sin un cambio enormemente notable en el volumen del bazo, y este órgano en los enfermos en cuestión, si estuvo aumentado, lo fué tan poco, que de seguro una mitad de los médicos que los vieron no lo apreciaron. Hubiera sido importantísima una grande hipertrofia esplénica, pero en el estado en que estaba el bazo, casi normal, no vendría á suponer gran cosa en favor del paludismo, muy al contrario: el Dr. Dowier y Bennet señalan el aumento de volumen del bazo como un hecho constante en la fiebre amarilla, y Naegeli, bien competente en esta materia, dice que la hipermegalia esplénica existe siempre en esta última enfermedad cuando ha pasado del 8° día, y recuérdese que estos individuos estaban mucho más

distantes del principio de su mal, en caso de que fuese el vómito negro.

Otra duda me asalta. ¿La fiebre intermitente mata con tanta rapidez?

Por lo que toca á la autopsia, ella ha venido más bien á oscurecer el problema que á iluminarlo en el sentido del paludismo, porque las lesiones encontradas, 6 días después de sepultado el cadáver, solo autorizan para decir que la extinta había tenido un padecimiento de la pleura y del pericardio, nada más; y, desde el momento que los médicos reconocen que dichas alteraciones eran insuficientes para producir la muerte, no sé porqué motivo se hace intervenir á la infección palustre más bien que la fiebre amarilla, tifóidea ú otra, como causa de ella, tanto más cuanto que la necropsia no justifica, á mi entender, esta conclusión, porque la apreciación de las causas vitales que determinaron las lesiones orgánicas en el cadáver, tenían que fundarse en las alteraciones mismas, y no buscar elementos de control en otro organismo vivo que por más semejanza que hubiesen presentado, siempre hay lugar á duda, corriendo de paso el albur de que en la posibilidad de una diferencia en los estados mórbidos, se podía de este modo sancionar un error.

Todos sabemos que las enfermedades infecciosas, resultado de una intoxicación desconocida, engendran en la sangre y en los órganos que ésta nutre, circunstancias mórbidas especiales, que dependien-

tes del mal estado general, se manifiestan según condiciones indeterminadas y suelen hacerse aparentes en las autopsias por alteraciones más ó menos marcadas y generalmente múltiples (1). La viruela, la fiebre intermitente, la dotinenteria, la fiebre amarilla, etc., etc., ofrecen además de las lesiones que les son características, otras muchas concomitantes y variables, y desde el momento, como en el caso actual, en que la alteración más esencial, el *infarto* y *aumento de volumen del bazo*, ha sido imposible averiguarlo porque el órgano s e hallaba completamente fundido en una papilla negra y que otros elementos importantes, tales como la ausencia ó la presencia *de la coloración pigmentaria morena ó negruzca de la superficie del encéfalo* que es propia de la fiebres remitentes mortales, que la composición de la sangre, así como el estado de sus glóbulos, lo mismo que el exceso de pigmento (melanémia,) no han podido ser estudiados, yo pienso que esta autopsia no puede tener el valor de un elemento diagnóstico de prueba en pro del paludismo.

En fin, una de las únicas alteraciones constantes que estaría en favor de la fiebre amarilla, la esteatosis del hígado, perfectamente estudiada por La Roche, Bache, Alvarenga y May Figueira, á tal punto que 30 gramos de tejido hepático contiene por término medio 6 gramos, 20 centígramos de grasa, no

---

(1) Pericarditis—pleuresia degeneraciónes parenquímatosas, etc., etc.

ha sido buscada; no se han hecho exámenes micrográficos ni de los parénquimas, músculos, mucosas, etc.

Por lo tanto, lo repetiré, la autopsia, por el retardo con que fué efectuada, no ha probado gran cosa y la incertidumbre ha debido persistir.

Hay otro diagnóstico que establecer y es aquel que se refiere á la fiebre tifoidea biliosa. Esta última, variedad de forma de la fiebre tifoidea, es más bien un modo de su principio, que se inicia por un catarro gastro-duodenal y que ofrece por lo tanto la ictericia entre sus síntomas precoces, que pasados algunos días, raramente un septenario, desaparecen y la pirexia sigue su curso habitual, sin ser posible fijar una relación constante entre estos dos hechos.

Este estado que ofrece estrechos vínculos con la fiebre amarilla (Griesinger, Lange) y con los enfermos aludidos, no se diferencia de ella sino por la lentitud de la invasión y de la elevación térmica, lo mismo que por el aumento del bazo, concurriendo á iluminar el diagnóstico la condición geográfica en que se observa su desarrollo y la etiología.

Ahora bien, la *invasión* de la enfermedad fué rápida y se presentó por chuchos violentos; la ascención térmica no la sabemos por carecer de datos termométricos, pero para el primer caso pudimos obtener la última parte de la línea térmica y ella nos demuestra que después de un tiempo largo, sin saber

cuánto, pero si que 4 ó 5 días antes de terminar la enfermedad, ella osciló en 40° y 41°. La invasión se verificó sin prodromos, lo que es excepcional en la fiebre tifoidea, siendo normal para la fiebre amarilla. En los primeros períodos de la fiebre tifoidea existen casi siempre síntomas vagos que duran algunos días, pero que permiten asegurar el principio de una enfermedad seria, sin poder precisarla, al paso que los primeros fenómenos en la fiebre amarilla son francos y bruscos como ha sucedido para estos enfermos.

Durante el período de estado en la fiebre tifoidea, existe una diarrea de color ocre que le es casi característica, y estos enfermos estuvieron constipados, apareciendo al fin una diarrea biliosa que se presentó como fenómeno terminal, como sucede en ciertas formas de la fiebre amarilla.

En fin, respecto á la noción etiológica, ya hemos dicho que los casos observados no acreditan un origen malárico.

Añadamos que estos individuos se enfermaron de fiebre después de llegar á Río, donde la enfermedad es endémica.

Que hay seguridad que estuvieron en contacto, por lo menos mediato, con pasajeros bajados á tierra y vueltos á venir á bordo (Equateur) y con cargadores de carbón (Solís).

Que después de un período de enfermedad no bien determinado en que guardan cama y ofrecen

los síntomas mencionados en la observación, se mejoran un tanto para volver á enfermarse en Buenos Aires.

Que una de las enfermas, con signos no dudosos de fiebre, y que vista por un médico, declara que es fiebre amarilla, muere sin que la autopsia dé resultados decisivos, pero que se averigua entre otras lesiones la presencia de lijero tinte sub-ictérico de las paredes del abdomen con exudados flegmásicos amarillentos en la pleura, pericardio, etc.

Que las observaciones hechas en los que sobreviven demuestran adinamia, diarrea biliosa, sub-ictericia, orina escasa y lenta en emitirse, con fiebre alta en uno y luego descenso grande y que persiste en ambos.

Y finalmente, que el examen más detenido no permite localizar la enfermedad, siendo á todas luces el efecto de un proceso general, y que este proceso general no comprende, según creemos, ni á la fiebre perniciosa, álgida ó remitente, ni á la biliosa hematúrica, ni á la fiebre tifoidea biliosa, todas, en suma, como se ha podido ver, expresiones más ó menos marcadas del paludismo, el cual, como creemos haberlo demostrado ya, fundándonos en la observación clínica y en los elementos de la autopsia, no se aplica á nuestros enfermos. Pero, en cambio ¿pueden ellos referirse á la fiebre amarilla?

Yo creo que sí.

La forma lijera y benigna de la fiebre amarilla se les adapta perfectamente.

En efecto, modalidades más ó menos abortadas de un padecimiento intenso que evoluciona sin acentuar sus localizaciones, estas formas son verdaderos estados reprimidos ó detenidos en sus completas manifestaciones, como si la cantidad del agente tóxico que los determinó, fuera impotente para despertar en el organismo toda la actividad de sus ruidosas y graves reacciones, ofreciéndose entonces por síntomas variados, aún no del todo bien definidos en clínica, pero que oscurecen á menudo el diagnóstico *cuando la enfermedad no es epidémica*, pudiendo confundirla con una fiebre biliosa, reumatismal, etc. (Bellot, Dutroulau) (1).

Es por eso que la sintomatología observada en estos enfermos ha revestido un carácter extraño y vago, sin responder de una manera clara á un estado absolutamente franco.

La enfermedad en estos casos no es ni tan rápida, ni regular, ni muy intensa (Bellot.)

La objeción del largo tiempo transcurrido no tiene para mí más que un defecto, y es que viene á ratificar precisamente el diagnóstico de esta forma de la fiebre amarilla.

En primer lugar, no sabemos á punto cierto el comienzo de la enfermedad, pero aún admitiendo lo

(1) La Fièvre Jaune á la Havane,—sa nature et son traitement.

que resulta de los datos averiguados, se olvida que es particularmente en la forma lijera en la que las reversiones son más frecuentes, al menos en el Brasil, al paso que son excepcionales en las formas graves (Jaccoud), y que si tal ha sido en nuestros casos la causa de la recrudecencia, como todo tiende á demostrarlo (puesto que estos enfermos tuvieron una época de mejoría en el curso de su enfermedad), bueno es no olvidar tampoco que estas verdaderas recaídas ó reversiones pueden dejar pasar un período de tiempo intercalado, entre la primera invasión y el nuevo ataque que dura de 8 á 14 días, intervalo de silencio que generalmente está ocupado por un estado más ó menos franco de convalecencia, y que esto muy bien puede haber sucedido, no teniendo por lo demás este hecho nada de insólito, porque lo observamos en otras pirexias igualmente infecciosas.

Y admitiendo todavía que así no hubiese sido la marcha de la enfermedad, hay otro modo de ser que prolonga este estado, pero con ciertas variaciones, á 25 días y más de duración y en el cual los hechos particulares que nos ocupan, encontrarían tal vez, al menos para uno de ellos, la explicación de sus síntomas más alarmantes.

Tanto la fiebre amarilla como el côlera y como otros estados agudos, suelen presentar á la complicación tifoidea en el número de sus fenómenos terminales, y desde el momento que la adinamia, el estupor y la obtusión intelectual figuran en la sinto-

matología observada en estos enfermos, no veo el porqué no pueden haberla sufrido, tanto más cuanto que la ciencia las señala para los dos estados mórbidos enunciados, precisamente como una de las modalidades de la reacción orgánica, en semejantes casos.

Muchos han dicho que en los enfermos que estudiamos no se ha tratado de fiebre amarilla, porque no había albuminuria, ni vómito negro, [1] ni petequia, etc., como si todas las formas clínicas de este mal fuesen idénticas, como si no hubiesen formas atenuadas, como si aún, dado el caso de que hubieran realmente sido modalidades graves, los síntomas de principio y de estadío, debieran encontrarse siempre y en toda época, como si, en fin, la fiebre amarilla tuviese algún síntoma patognomónico!

Yo no lo sé á punto cierto, pero ¿después de haber habido cuántos casos en la epidemia del 71, se aseguró el diagnóstico?

¿No sabemos los médicos que en los primeros atacados esta enfermedad se presenta en general con manifestaciones engañosas, benignas, que disfrazada con toda perfidia procura ocultarse bajo el manto de la mansedumbre, como dando tregua y asimilando fuerza para inmolar más víctimas?

¿No lo ha dicho últimamente el Dr. Guerin, en el

(1)—El vómito negro no debe ser considerado como condición *sine qua non* de la fiebre amarilla, ésta puede existir sin él y *vice versa*. Esto escribe el Dr. Bellot después de 20 años de practica en la Habana y después de haber estudiado 18 epidemias.

seno de la Academia de Medicina de París, relativamente á los temores de la invasión del cólera en Europa, y en que todos sus colegas han estado contestes, que los primeros casos son simples diarreas serosas, catarros gastro-intestinales, que luego se van acentuando hasta adquirir todos los caracteres del cólera?

Si en tiempos normales á ningún médico se le ocurre que la *colerína* es *cólera*, yo pienso que sería demasiada confianza el no ocurrírsenos que enfermos en quienes se descubren síntomas dignos de llamar la atención, aunque dividan la opinión autorizada, en que hay antecedentes bien sospechosos y más que todo un cadáver ya en la fosa, puedan tener la fiebre amarilla, cuando han contraído la enfermedad en un puerto donde ella es endémica.

Todas estas circunstancias y otras muchas de que podría ocuparme, porque la materia es vasta, me obligan á afirmar mi diagnóstico que ya tuve la oportunidad de emitir, como se ha dicho al principio de este trabajo.

En resumen, pienso que se ha tratado de una forma lijera de fiebre amarilla con reversión complicada de adinamia ó estado tifóideo.

CAPÍTULO VI

Casos aislados de fiebre amarilla que no dieron origen á epidemia

(CONTINUACIÓN)

SUMARIO:—III. Un caso de fiebre amarilla importado por el vapor «Aurora». —Antecedentes de este enfermo; historia clínica y análisis de los síntomas que contribuyen á admitir el diagnóstico de la fiebre amarilla.—Confirmación por la autopsia.—IV. Un caso de fiebre amarilla adquirida por contacto con los pasajeros del vapor «Portugal» que había sufrido tratamiento sanitario en el Lazareto de Martin García.—Estudio clínico de este enfermo.—Investigación sobre la manera probable de haberse efectuado el contagio.—Confirmación del diagnóstico por la necropsia.—V. Un caso de fiebre amarilla importado por el vapor «Charente».—Condiciones sanitarias de este navío: serie de casos de fiebre amarilla producidos á bordo.—Denuncia de la existencia de este enfermo á la Asistencia Pública—Observación clínica del médico de servicio Dr. Pittaluga.—Estudio hecho por el autor y consideraciones que le llevaron á diagnosticar la fiebre amarilla.—Comprobación del diagnóstico por la necropsia.

III

Enfermo importado por el «Aurora» en Diciembre de 1884

El 24 de Diciembre de 1884, á las 3 p. m., fué recibido un enfermo en el Hospital San Roque, después de haber sido rechazado del Hôspital de Clínicas, porque no se trataba de una enfermedad

de las que allí se asisten, según consta en un informe firmado por el practicante de guardia, el hoy Dr. Pedro Benedit.

Los antecedentes del sugeto fueron suministrados por una persona que lo acompañaba, pues él no pudo hacerlo por el estado de gravedad suma en que se hallaba, y erán los siguientes: Pedro Doymé, austriaco, de 22 años, soltero, de profesión marinero, enfermo desde 10 días atrás (?) á bordo del «Aquila 1ª.» Procedía de Europa y había llegado á este puerto en esos días.

El estado actual en el momento de su admisión se encuentra resumido en los siguientes términos, en un informe elevado por el Director de ese hospital, doctor Enrique Revilla, al Director General de la Asistencia Pública: Depresion profunda, estupor, obtusión intelectual casi completa, dilatación de las pupilas, poco sensibles á la luz, ligero tinte ictérico de las conjuntivas y de la pared abdominal, pulso frecuente, pequeño y regular, constipación, vómitos filantes *(glaireux)* y *temperatura normal.*»

En vista de la gravedad del caso y de la ambigüedad del cuadro sintomatológico, el doctor Revilla resolvió sujetarlo á una rigurosa observación. A las 3 a. m. del siguiente día, aparecieron vómitos de una materia de color *borra* de café, acentuándose más con tal motivo la adinamia existente. A esos síntomas graves se añadía la *anuria* que pro-

bablemente había existido desde antes de su entrada al Hospital.

Este conjunto clínico sirvió para confirmar la sospecha que desde un principio abrigaba el doctor Revilla sobre la naturaleza de esta enfermedad, y la nota á que me he referido terminaba con la manifestación clara y franca del diagnóstico y del pronóstico, expresados en las siguientes palabras: «El estado del enfermo hoy es gravísimo: coma profundo, estertor respiratorio, pulso 150, temperatura 39°. Creo, pues, que se trata de un caso de *fiebre amarilla* bien caracterizado, siendo ésta también la opinión del distinguido práctico doctor Julián Fernández (padre) que ha visto al enfermo.»

El doctor José M. Ramos Mejía, Director de la Asistencia Pública, ordenó que el enfermo fuese sacado del Hospital y aislado en un local apartado del municipio, donde por entonces se construía la actual Casa de Aislamiento, encargando al autor de estas líneas de su asistencia.

A la una y media de la tarde de ese día el enfermo falleció, después de haber tenido dos ó tres vómitos más, formados de un líquido negro, abundante y pegajoso.

La investigación retrospectiva sobre la verdadera procedencia de ese sugeto, y del tiempo del comienzo de su enfermedad, no fué muy ilustrativa. Solo se pudo averiguar que era cierta su reciente llegada al país, que había venido en el «Aurora» y

que el principio de su mal remontaba á tres días antes de su ingreso al hospital, es decir, al 21 de Diciembre. En el navío en que adquirió la dolencia no pudo comprobarse la existencia de ningún otro caso análogo.

La autopsia practicada por mí al día siguiente en presencia de un delegado del Departamento de Higiene, doctor A. Alurralde, y de dos practicantes que me acompañaban, los hoy doctores Nicolás Lozano y Santiago Fornos, confirmó en un todo el diagnóstico clínico del Director del Hospital de San Roque. Se encontró una gastro-duodenitis hemorrágica con abundante materia negra libremente derramada sobre la mucosa y también infiltrada en parte y por pequeños puntos en el corión; además, una degeneración grasosa aguda del hígado.

Para los demás detalles puede consultarse el archivo de la Asistencia Pública y los periódicos donde constan en extenso.

IV

Caso de fiebre amarilla adquirida por comunicaciones con pasajeros del vapor «Portugal», en el año de 1890.

En el mes de Enero del año 1890 fuí solicitado por mi colega el doctor Lagleyze para ver en consulta con él una enferma que asistía desde algunos días atrás. Era una niña M. S. de 19 años de edad, de constitución delicada y regularmente reglada, que se encontraba enferma desde unos 4 ó 5 días antes, y su mal había empezado por abatimiento, fiebre, dolores generalizados y alteraciones gastro-intestinales, que en un principio no habían llamado la atencion del médico. Cuando la examiné, preocupóme mucho su adinamia profunda y la dificultad que experimentaba al responder á mi interrogatorio, al punto de no poderme informar de un modo correcto sobre su estado anterior. El color de toda su piel y el de sus escleróticas era de un amarillo claro, y esta ictericia habíase desarrollado lentamente desde días atrás; la piel ofrecía además una regular cantidad de pequeñas manchas petequiales en el abdomen, torax y miembros. El examen de los órganos revelaba: ligero timpanismo abdominal, dolor epigástrico á la presión suave, dolor de igual carácter pero más intenso en la región he-

pática; el hígado estaba sensiblemente aumentado de volumen; el bazo, aparentemente normal, pero era palpable; había igualmente una hipeeremia pulmonar en ambas bases; la lengua estaba húmeda y recubierta de un barniz saburral; en la boca, amigdalas y faringe, nada de anormal. La temperatura no había sido explorada con regularidad, pero en ese momento el termómetro marcaba 38°; el pulso era pequeño y depresible. En ese día habíanse presentado vómitos que según la referencia de la familia habían sido de caracter bilioso; las deposiciones habían sido diarréicas, pero nada de esto pude comprobar, lo mismo que el estado de la secreción urinaria, que se me aseguró no estaba suprimida.

Al discutir con mi estimado colega el diagnóstico le manifesté desde un principio que para mí no se trataba de una enfermedad vulgar, de aquéllas que la observación diaria nos ofrece en esta capital, que por el contrario todo el conjunto clínico que esta niña presentaba debía ser referido á una intoxicación ó á una infección extraña á nuestra morbilidad habitual. Le pregunté con franqueza si él que la había asistido desde el comienzo de esta rara enfermedad, y como médico y antiguo amigo de la familia podía estar en antecedentes, no sospechaba un envenenamiento ó una infección trasmitida por sirvientes recién tomados en la casa. El Dr. Lagleyze me dijo que nada en su observación le había hecho presumir

la existencia de estas causas en el desarrollo de la enfermedad en cuestión. Sin embargo, y á mi pedido, hicimos llamar á los padres, á quienes interrogué en el mismo sentido, obteniendo una respuesta absolutamente negativa; pero una parienta de la niña, creo que una tía, que escuchaba, dijo que efectivamente hacía unos ocho ó diez dias que vivía allí y precisamente alojada en el mismo aposento de la niña, una mujer tomada como sirvienta, la cual había desembarcado del vapor «Portugal». Este navío, procedente del Brasil y con casos de fiebre amarlla á bordo, había sufrido una cuarentena y la desinfección correspondiente en el Lazareto de la Isla de Martín García, y la sirvienta en cuestión con todo su equipaje había ido á instalarse en el cuarto de la niña: allí tenía sus baules, y allí dormía. Los datos sobre las condiciones del paquete son exactos y constan en el Archivo del Departamento Nacional de Higiene, como era exacta la comunidad de dormitorio entre la enferma y la persona recientemente salida de un foco infeccioso que había, sin embargo, sufrido el tratamiento sanitario.

En presencia de estas declaraciones que ilustraban suficientemente la causa probable y la naturaleza de la enfermedad, participé al Director de la Asistencia Pública, Dr. José M. Astigueta, la existencia de este caso tan especial.

En esa misma noche, y poco antes del fallecimiento de la enferma, celebróse una segunda consulta, á

la cual concurrieron el doctor Juan B. Gil, como Presidente del Departamento Nacional de Higiene, el doctor J. M. Astigueta, como Director de la Asistencia Pública, el doctor Lagleyze y el autor de este trabajo. Después de una ligera discusión, y obligados á pronunciarnos sobre el diagnóstico, mi colega el doctor Lagleyze clasificó la enfermedad como una atrofia amarilla aguda del hígado, y yo como un caso de fiebre amarilla originado por contacto con ropas infectadas.

La autopsia practicada al día siguiente por el Prosector de la Asistencia Pública, Dr. Telémaco Susini, confirmó el diagnóstico de fiebre amarilla.

V

Un caso de fiebre amarilla importado por el vapor «Charente»

El vapor francés «Charente», de la compañía Mensagerías Marítimas, llegado el 16 de Noviembre de 1892 á nuestro puerto, fué portador de algunos casos de fiebre amarilla.

Este vapor había hecho escala en los puertos de Pernambuco, Río Janeiro y Santos. Antes de lle-

gar á Montevideo había tenido ya dos enfermos á bordo.

En estas condiciones llegó á Montevideo y desembarcó sus enfermos en el Lazareto de la Isla de Flores.

En su viage desde este último puerto á Buenos Aires tuvo un enfermo, un cocinero; y cuando el médico de sanidad Dr. Canessa fué á practicar la visita de reglamento antes de darle entrada, el enfermo había ya fallecido y un nuevo caso se había producido en la persona del segundo comandante.

El «Charente» traía para nuestro puerto, á más de los pasageros, un buen cargamento de mercaderías, procedentes algunas de Santos.

En presencia de estos hechos tan graves, el Departamento Nacional de Higiene dispuso: 1°, trasportar los pasageros al Lazareto de la Isla de Martín García donde debían sufrir la cuarentena de rigor; 2°, la permanencia de la tripulación á bordo del navío contaminado bajo la inmediata vigilancia de un guarda sanitario para los fines de la desinfección; 3°, la incineración del cadáver, y 4°, el aislamiento del buque.

Otro vapor, el «Cittá di Genova», con la misma procedencia, pero sin enfermos en la travesía, fué sometido á una cuarentena de observación.

El día 19 un nuevo caso sospechoso se produjo á bordo del «Charente»: el piloto.

Esta sucesión de casos estaba demostrando la persistencia de la causa patógena en dicho vapor, circunstancia por la cual el Departamento de Higiene insistió con su personal en la desinfección continuada, procurando arbitrar los medios para alejar del puerto ese foco fértil y activo de fiebre amarilla.

El 20 de Noviembre no ocurría novedad; los enfermos continuaban bien, y se esperaba salvarlos; pero el 23, y después de una mejoría engañosa, murió el segundo comandante.

Al día siguiente esta baja era repuesta: un nuevo caso anunciaba que la infección subsistía; en fin, el 30 se cuentan dos nuevos enfermos y entre ellos el comandante.

Llegada esta fecha, y según se ha publicado, estaba convenido el alejamiento de este foco ambulante de contagio, previa descarga bajo severa vigilancia, como efectivamente tuvo lugar en los primeros días de Diciembre.

Mientras estos hechos pasaban en el puerto, las autoridades del municipio tomaban las medidas aconsejadas para el caso desgraciado de una importación.

El Intendente Municipal reunió á su personal técnico, la Asistencia Pública, los médicos Directores de hospitales y el Inspector general, á fin de acordar el plan de defensa.

Dicho plan, así como todas las cuestiones higié-

nicas pertinentes, han visto la luz pública y no creo necesario insistir en ello.

En este estado, el 2 de Diciembre se declaró por el Dr. Loreto la existencia de un caso sospechoso en la Boca del Riachuelo. El Dr. Eduardo Pittaluga, médico de la Asistencia Pública, concurrió al llamado y comprobó los datos que redactó á mi pedido y que son los siguientes (1):

«El 2 del corriente á las 5 y 45 p. m. el Dr. Loreto denunció á la Asistencia Pública que en la Boca del Riachuelo, en el ex-conventillo de madera de la calle Lamadrid 538, había un enfermo que presentaba síntomas de fiebre amarilla.

Encontrándome á esa hora de servicio en la Dirección General, recibí orden de reconocer el enfermo, para lo cual, según se había acordado, me trasladé inmediatamente al domicilio de dicho facultativo, pasando acto continuo, acompañado por él, á ver el *caso* en cuestión.

Era el enfermo Francisco Canaletti, italiano, de 25 años de edad; procedía de Santos (Brasil), donde residió un mes; emprendió viage para ésta en un vapor cuyo nombre no recuerda; sufrió una cuarentena de diez días en la Isla de Flores. No recuerda precisamente cuántos días hace que llegó á esta Capital, pero calcula que serán diez ó doce.

---

(1) Esta última parte del estudio es reproducida del informe oficial presentado por el autor á la Dirección General de la Asistencia Pública.

A pesar de mi empeño en obtener datos exactos de cuál fué el buque que lo dejó en la Isla de Flores, y cuál el que lo trasportó de la vecina orilla, así como del tiempo de residencia en ésta, solo he podido recoger lo que consigno, y para conseguirlo he tenido que interrogar repetidas veces al enfermo, al hermano de éste y á los otros ocupantes de la casa.

Canaletti manifiesta haber experimentado el Domingo 29 del mes pasado, á altas horas de la noche, y bruscamente, un violento escalofrío, seguido de mucha fiebre, dolor intenso al epigastrio y al raquis, sobreviniendo vómitos más tarde.

El Dr. Loreto, que lo vió el martes, me refirió que este sugeto tenía una temperatura de 40°3, inyección de la cara y de las conjuntivas, piel seca y caliente, vómitos y ansiedad epigástrica.

Yo he podido comprobar los síntomas siguientes: lijero estupor; gran ansiedad; los ojos brillantes; inyección conjuntival; tinte ictérico generalizado; piel seca y quemante, presentando varias petequias; dolor al epigastrio y á la nuca; aumento de volumen y gran sensibilidad del hígado y del bazo; sed intensa; anorexia; lengua seca, fuliginosa; frecuentes vómitos negros, como borra de café; deyecciones negruzcas y diarréicas (melena); anuria; 39°3 de temperatura; pulso frecuente; perturbación cerebral manifestada por dificultad de comprender las

preguntas que se le dirijen, y lentitud en las respuestas; por momentos, lijero subdelirio.

El cuadro sintomatológico era tan convincente que no había la posibilidad de confundirlo con el que presenta el envenenamiento por el fósforo, la fiebre intermitente biliosa, la fiebre tifoidea biliosa y la ictericia grave.

En vista de estos hechos, y teniendo en cuenta la procedencia de Canaletti, pude diagnosticar la enfermedad denunciada, y puse en conocimiento de la Dirección general, para que ella resolviese lo que creyera oportuno, que el caso sospechoso estaba atacado de fiebre amarilla».

. . . .

El enfermo fué recibido en la Casa de Aislamiento á las 2 a. m. del día 3, y aún cuando era impropia la hora para un examen regular y detenido, comprobé sinembargo que se trataba de un caso grave.

Con la luz artificial no me era posible distinguir el color ictérico de su piel, pero el rostro estaba notablemente alterado, expresando un gran sufrimiento; la piel estaba un poco hiperemiada en la cara, las conjuntivas lijeramente inyectadas circunscribían á la córnea, la cual reflejaba la luz con un brillo extraño; las pupilas, un poco contraídas. La lengua se presentaba seca y lustrosa, cubierta de un barniz rojo-oscuro extendido hasta los labios; fuliginosidades del mismo color cubrían estos órganos, lo mismo que los dientes y las encías. El resto de la

piel nó ofrecía más que unas manchas petequiales muy poco numerosas: 12 á 15 esparcidas por los flancos, muslos, etc.

El enfermo tenía sed y se quejaba de una sensación penosa intensa en la rejión del estómago, cuya exploración era dolorosa, lo mismo que la ocupada por el hígado, donde la presión exageraba notablemente el dolor. Este órgano sobrepasaba apenas el reborde costal, y no era posible darse cuenta del grado de densidad de su masa ni tampoco del estado de su superficie. No me fué posible apreciar con exactitud el estado del bazo.

El resto del abdomen no presentaba nada de particular.

El aparato respiratorio no mostraba más signos que una gran frecuencia de los movimientos con irregularidades en el ritmo y sin afectar, sinembargo, el tipo de Cheyne-Stockes. Este estado no era explicable por la ligera hiperemia pulmonar.

La circulación estaba igualmente alterada, y no obstante la ictericia, que según datos tenía el enfermo, el pulso era bastante frecuente y pequeño; del lado del corazón no pude apreciar nada de especial.

Las secreciones estaban también comprometidas, particularmente la secrecion urinaria que se hallaba totalmente suprimida desde más de 24 horas atrás; la vejiga estaba vacía: había realmente anuria.

Del lado del sistema nervioso se notaban, además de los síntomas observados por el Dr. Pittaluga, dolores en las piernas, por los cuales se quejaba el paciente, lijeros estremecimientos en las cuatro extremidades, y contracciones parciales que de cuando en cuando recorrían ciertas masas musculares: el biceps braquial y particularmente el triceps femoral, donde por repetidas veces se han visto durante la noche.

Se prescribió al enfermo una inyección hipodérmica de cafeína; hielo al interior para calmar la ansiedad epigástrica y la tendencia al vómito; leche helada como alimento y unos *cachets* con calomel á dosis purgante.

Observación—Todos los síntomas continuaron agravándose rápidamente desde su entrada: el delirio aumentó; la temperatura tuvo la siguiente marcha: 38°5 á las 3 a. m.; 37°8 á las 6 a. m.; y á las 7 y 20, en el momento de morir, 38°. Esta cifra no se elevó después del fallecimiento.

El pulso fué gradualmente aumentando en frecuencia, 120-128-140; la respiración por el contrario fué disminuyendo: 50 á las 3 a. m.; 48 á las 6 y 14, momentos antes de expirar.

Cuando la luz del día me permitió distinguir los colores, ví que efectivamente un tinte amarillo generalizado invadía todo el cuerpo del enfermo.

Durante las 4 horas de permanencia en el lazareto, este sujeto tuvo nueve vómitos, compuestos to-

dos ellos de una materia semi-líquida, algo pegajosa y de color negro; estos vómitos exigían grandes esfuerzos y en uno de ellos se eliminó por el ano una pequeña cantidad de una sustancia con poco olor fecal, de color negro rojizo.

Resumiendo ahora esta observación resulta: *que se trata de un individuo que después de dos días de una enfermedad iniciada con escalofríos, dolor al epigastrio y al raquis, y una fiebre alta, enfermedad que no es posible localizar en ningún órgano, presenta repentinamente una ictericia seguida de anuria, de vómitos negros y de un estadc general grave que lo mata al cabo de 3 días y 7 horas.*

¿Qué enfermedad es esta?

Yo creo que el diagnóstico clínico era bien claro, y que debía imponerse á cualquier médico observador, como se impuso á mis distinguidcs colegas los Dres. Loreto y Pittaluga.

No había lugar á otra duda que la posible confusión con la atrofia amarilla aguda del hígado.

Pero es que aquí, además del análisis clínico que conducía á afirmar la fiebre amarilla, existía también el análisis etiológico. El enfermo, su hermano, las once ó más personas que vivían en la misma casa, aseguraban que este individuo acababa de llegar del Brasil, del puerto de Santos, donde reinaba una epidemia de fiebre amarilla, á estar á las noticias de los diarios, y donde en la época de la partida de este sujeto, á mediados de Noviembre, exis-

tían razones para que nuestras autoridades del Departamento Nacional de Higiene lo declarasen puerto sospechoso.

Hay más: este individuo había sufrido en el Lazareto de la Isla de Flores una cuarentena de rigor, y él mismo señalaba que esta cuarentena había durado diez días, tiempo que solo se impone á los navíos con enfermos de fiebre amarilla desarrollada á bordo, y no por otra enfermedad exótica de las indicadas en la Convención sanitaria.

¿Todo esto será invención? repetiré como en mi nota del 4 de aquel mes.

Yo no puedo creerlo, ni me asiste derecho para negarlo.

En mi modesto papel de médico, cuando investigo, como en el caso actual, los antecedentes de la enfermedad, y el enfermo me los refiere con toda la confianza del que busca ilustrar las causas de su sufrimiento con el fin de aliviarlos; cuando esos mismos datos me son repetidos por la familia y por las personas que lo rodean, y ésto no por una sola vez, sino en cuantas se procede á dicho interrogatorio, y sea cualquiera el que interrogue, yo, el capellán, el Dr. Elía, los practicantes del establecimiento; cuando, por último, dichos antecedentes han sido suministrados con muy pocas variantes á otros dos médicos que sucesivamente han examinado el caso con anterioridad, mi conciencia me obliga á aceptarlos, y los acepto cumpliendo con mi deber, con-

tra todas las negativas que se levanten, cuando éstas, como en el caso presente, no vengan apoyadas en testimonios más demostrativos que los míos.

La investigación etiológica, pues, confirma el diagnóstico clínico.

Vamos ahora al diagnóstico anatómico.

Ya he dicho que el conjunto de lesiones cadavéricas (nota fecha 3 del mes citado) correspondía á la fiebre amarilla, porque esta afección aún no posee una característica exclusiva, pues aun se discute entre los médicos serios su diferenciación anatómica con otra enfermedad. Es el conjunto de las alteraciones lo que debe primar en el juicio.

La autopsia fué practicada por el Dr. Gustavo S. de Elía, médico encargado de la oficina adscripta al servicio de la cremación, en presencia mía, del Dr. Eduardo Pittaluga y de todo el cuerpo de practicantes de la Casa de Aislamiento.

Las principales lesiones encontradas son las siguientes: el cuerpo, en estado regular de nutrición, presentaba en la piel un color amarillo general, de un tinte no muy subido, el cual aparecía borrado en los lugares declives, con manchas hipostáticas de un color rojo claro; las escleróticas ofrecían la misma coloración amarilla. En los costados del vientre y sobre los muslos se veían algunos puntos hemorrágicos de color más oscuro que durante la vida.

La rijidez cadavérica era por demás exagerada,

no obstante haberse procedido á la necropsia á las 5 horas y 45 minutos del fallecimiento.

La boca, la lengua, los labios, etc., estaban cubiertos por un líquido sanguinolento y negruzco, algo desecado, que le prestaba su color á estas partes.

El tejido celular en algunos sitios era el asiento de hemorragias poco extensas, bajo forma de infiltraciones.

Todos los tejidos se hallaban teñidos por la materia colorante de la bilis, resaltando más en los tejidos blancos: aponeurosis, tendones, periostio, etc.

Cavidad torácica—*Pleuras*: presentaban hemorragias puntiformes diseminadas en ambas hojas parietal y visceral, tanto á la derecha como á la izquierda; había además adherencias parciales antiguas, más extensas á la izquierda.

Pulmones: con hiperemía de las bases y cara posterior; la conjestión era más intensa hacia las bases, cuya coloración era rojo-azulada, y su consistencia estaba aumentada; al corte daban abundante sangre, espumosa hacia las regiones más altas, y la superficie del corte era lisa.

Pericardio y corazón—No había derrame; las dos hojas de la serosa ofrecían los mismos puntos hemorrágicos que la pleura, pero en mayor número en la hoja visceral; en la cara anterior del corazón, dicha hoja presentaba dos placas lechosas, nacaradas, una hacia el vértice, otra sobre la parte

más alta del ventrículo derecho; el corazón, un poco aumentado de tamaño, tenía un color pálido y amarillento, estaba sumamente flácido, particularmente en el ventrículo derecho y las aurículas, cuyas paredes se aplastaban sobre sí mismas; las cavidades estaban completamente vacías y al corte se advertía la disminución de la consistencia del tejido del órgano; los músculos papilares y las columnas presentaban el mismo aspecto de degeneración; las válvulas estaban intactas, con excepción de la mitral, cuyas láminas estaban espesadas y opacas, principalmente en sus bordes libres.

Cavidad abdominal. — Estómago: de tamaño normal contenía unos 150 á 200 gramos de una ma teria negra semi-líquida, de la cual se separaban pequeños puntitos igualmente negros, que en parte se hallaban infiltrados en las capas superiores de la mucosa; esta sustancia era exactamente igual á la eliminada por el enfermo en los vómitos; la mucosa tumefacta é hiperemiada hacía mas notables las saliencias de los pliegues; el epitelio estaba desprendido por partes; había arborizaciones vasculares bien dibujadas, y puntos hemorrágicos, particularmente á lo largo de la grande y pequeña curvadura; no había ulceraciones. El exófago no ofrecía más lesión que una lijera congestión de la mucosa.

Intestino delgado.—El duódeno, yeyuno é ileón presentaban lesiones completamente semejantes á

las del estómago: congestion, descamacion y tumefaccion de la mucosa dispuesta con regularidad, pero disminuyendo en intensidad y grado á medida que se descendía; la misma inyección vascular y puntos hemorrágicos. Estas cavidades encerraban la misma materia que la hallada en el estómago, con igual color y aspecto. Las placas de Peyer, los folículos linfóideos y gánglios del mesenterio, muy poco alterados; sin embargo las primeras estaban un poco tumefactas. Los intestinos gruesos, vacíos y con su mucosa congestionada.

Hígado.—Aumentado lijeramente de tamaño y peso; su color á través de la cápsula era de un amarillo claro, uniformemente distribuído por toda la superficie, la cual era lisa; su forma era normal, y el borde cortante sobrepasaba unos dos centímetros por debajo del arco costal; la consistencia parecía un poco aumentada; al corte, la superficie de sección se mostraba lisa, pálida y seca, y su color era más claro que el de la superficie externa; el contenido líquido del parénquima era tan escaso que había que recurrir á la presion para obtener algunas gotas de un líquido blanco, algo agrisado y amarillento, que es tan peculiar á ciertas degeneraciones agudas en esta glándula; el contenido de los vasos era una sangre oscura, no muy abundante y enteramente líquida; la consistencia en la superficie de sección estaba también aumentada; no se encontró ninguna lesión en foco.

La vesícula biliar, disminuída de volumen, tenía un color rojo-oscuro; sus paredes estaban algo plegadas por disminución del contenido; no había más que unos 20 gramos de una bilis muy espesa, y sobretodo muy roja; la mucosa tenía el mismo color y era el asiento de una hiperemia intensa; no había obstáculo al curso de la bilis hacia el intestino.

Bazo.—Este órgano estaba también aumentado de volumen; su color y forma, sensiblemente normales; la tumefacción de que era asiento le daba una consistencia más firme; la cápsula era lisa, delgada y trasluciente; no ofrecía opacidades ni infiltraciones pigmentarias, salvo un ligero tinte amarillento al corte; el parénquima dió una cantidad abundante de sangre oscura y líquida; la superficie de sección era de un color oscuro, vinoso, y no del todo lisa, por el relieve de la pulpa en las partes centrales.

Riñones.—Grandes; su forma normal; su superficie lisa y de color rojo oscuro; su consistencia aumentada; la cápsula se presentaba delgada, transparente y fácil de separar, dejando ver á su través una gran cantidad de puntos hemorrágicos, diseminados en toda la superficie del órgano; la superficie del corte no era uniforme en las dos zonas; la capa cortical más consistente y opaca, de un color gris rojizo, estaba notablemente aumentada de espesor y daba abundante sangre: la porción medu-

lar más clara á medida que se aproximaba al vértice de las pirámides, donde se podía apreciar el color amarillo; entre la sangre que surgía se pudo apreciar ojos de grasa líquida sobrenadando.

La vejiga, retraída sobre sí misma, estaba completamente vacía.

La cavidad craneana no mostró más que una congestión de la masa encefálica, con inyección vascular de las meninges; estas membranas estaban también teñidas por la bilis; los senos dieron abundante sangre.

La sangre se encontró en todos los órganos con un color oscuro muy subido y en estado líquido; en ninguna parte se pudo descubrir coágulos.

Tales son las lesiones halladas, las que en mi opinión podrían sintetizarse así: Inflamación parenquimatosa aguda del hígado y riñones; tumefacción aguda del bazo; gastro-enteritis aguda hemorrágica; degeneración grasosa del corazón.

En conclusión, este ha sido, pues, un caso típico de fiebre amarilla, por la clínica, por la etiología y por las lesiones anatómicas.

CAPITULO VIII

Importaciones de la fiebre amarilla al puerto de Buenos Aires y Montevideo en los años 1892, 1893 y 1894.

SUMARIO:—Influencia de las últimas epidemias del Brasil sobre la salubridad de los puertos del Río de la Plata.—Desarrollo de numerosos casos de fiebre amarilla en el Puerto de Buenos Aires en el verano de 1891 á 1892.—De cómo algunas compañías de vapores pueden eludir las disposiciones sanitarias del Departamento Nacional de Higiene.—En el verano de 1892 á 1893 repítese en el Puerto de Buenos Aires el mismo hecho del verano anterior.—Cuadro demostrativo.—En las mismas épocas hechos análogos observáronse en el Puerto de Montevideo.—Cuadros estadísticos levantados por la Junta de Sanidad Oriental que los comprueban.—Por tercera vez en el verano de 1893 á 1894 el Departamento Nacional de Higiene tiene que combatir una pequeña epidemia de fiebre amarilla originada en el puerto por las mismas causas.—Cuadro demostrativo del número de casos observados en los navíos procedentes del Brasil.

El peligro de la libre comunicacion de los puertos del Río de la Plata con los del Brasil se ha hecho particularmente evidente en estos últimos tiempos en que, habiendo aumentado de una manera notable la fiebre amarilla en sus antiguos focos, los navíos que en ellos tocaron sufrieron en gran número sus fatales consecuencias por la contamina-

ción de sus tripulantes y pasajeros; y muchos de ellos así infectados llegaron á nuestro país donde, si no hubieran sido sometidos á un tratamiento sanitario severo, la capital de la República ó alguna de sus ciudades importantes habrían quizá tenido que lamentar los efectos de una epidemia.

Las autoridades sanitarias del Brasil y su prensa misma no han cesado en todas formas de protestar contra las barreras opuestas por el Departamento Nacional de Higiene Argentino, manifestando publicamente su enojo por la severidad de las medidas tomadas con sus procedencias; pero si hubiesen tenido conocimiento del gran número de enfermos de que eran portadores algunos de los buques que habían hecho escala en sus puertos, los cuales amenazaban casi diariamente la salud de los habitantes de este país, se habrían convencido de que ellas eran imperiosamente necesarias. Después de todo, el tratamiento sanitario que se les impuso estaba expresamente autorizado por la Convención, y el secreto del buen resultado obtenido ha sido precisamente el fiel cumplimiento de ese pacto internacional.

Una de las tres naciones contratantes, el Brasil, tuvo en los veranos de 1891 á 1892 y de 1892 á 1893 dos grandes epidemias de fiebre amarilla que se desarrollaron preferentemente en Río Janeiro y en Santos.

En tal situación las otras dos naciones, la Repú-

blica Oriental del Uruguay y la Arjentina, debían defenderse de la invasión mórbida traída hasta sus puertos, y con este fin debieron poner en práctica las medidas sanitarias acordadas, las cuales se hicieron efectivas con la mayor exactitud posible. Esa conducta nos salvó y nos salvará siempre si tenemos el valor de saber cumplirla con el mismo rigor.

Durante el período de nueve meses contado de Noviembre de 1891 á Junio de 1892, doscientos quince navíos (215) de procedencia infectada ó sospechosa sufrieron en el puerto de Buenos Aires el tratamiento sanitario establecido. Las investigaciones oficiales hechas á mi solicitud para saber el número de casos de fiebre amarilla desarrollados en el viaje ó producidos en nuestra rada en esos buques, han dado un total de 53 sin contar una cifra casi igual de otros enfermos clasificados en el primer momento como sospechosos, pero que afortunadamente resultaron estar afectados de dolencias comunes. Entre los clasificados como casos de fiebre amarilla existían 19 venidos en el vapor italiano «Rosario» en el mes de Abril, respecto de los cuales tengo dudas sobre la verdad del diagnóstico. Pero aún descontando ese número quedan todavía 34 enfermos de diagnóstico indiscutible de fiebre amarilla, cuyo origen se debió á la infección adquirida á su paso por los puertos brasileros que entonces se hallaban en plena epidemia.

Cuadro demostrativo de los enfermos de fiebre amarilla importados por las procedencias del Brasil desde Noviembre de 1891 á Junio de 1892.

Mes	Nombre del buque		Número de enfermos	Número de muertos
Nbre.	vapor francés	«Charente»	9	2
Dbre.	barca inglesa	«Queen of the Bay«	2	0
Enero	vapor francés	«Córdoba»	8	3
«	« «	«Ortegal»	2	1
Marzo	barca inglesa	«Cicero»	1	0
«	vapor «	«Thames»	1	1
«	« «	«Masckelyne»	2	2
«	« brasilero	«Rápido»	1	0
Mayo	« italiano	«América»	6	6
Junio	« francés	«Parahyba»	2	1
		Total	34	16

Esta série de enfermos en el puerto de Buenos Aires no dieron origen á casos de contagio en otros buques, ni en ninguno de los infectados la enfermedad jamás llegó á tomar un carácter epidémico. Al contrario, y gracias á las medidas adoptadas,—aislamiento de los enfermos en el Lazareto Flotante, traslación de los pasageros al Lazareto de Martín García á los efectos de la desinfección y cumplimiento de la cuarentena de rigor, desinfección del

navío y sus tripulantes, la enfermedad exótica lo mismo que sus gérmenes fueron totalmente extinguidos. Un solo caso de fiebre amarilla se produjo en la ciudad de Buenos Aires en un sujeto de que anteriormente me he ocupado (Cap. VI, p. 125). y quien por un procedimiento desconocido por nuestras autoridades, había logrado violar las medidas sanitarias prescriptas.

El Departamento Nacional de Higiene, presidido por el Dr. G. Udaondo, sostuvo entonces que esa persona no debía proceder de ninguno de los puertos del Brasil por cuanto las investigaciones hechas para averiguarlo no habían permitido hallar su nombre en ninguna de las listas de los pasageros de tal procedencia. Sin embargo, las declaraciones del enfermo, de sus amigos y familia, tomadas por mí, demostraban lo contrario.

La prueba en que fundaba su negación el Departamento no era suficiente, como se comprende fácilmente; y en efecto, hoy que yo también formo parte de esa Corporación, puedo afirmar con casos prácticos que tal averiguación no solo no bastaba entonces, sinó que no bastará nunca para negar por la ausencia de un nombre de la lista de pasajeros que una persona haya hecho el viaje en calidad de tal sin dejar ni su nombre, ni la constancia de ningún otro dato relativo á su identidad en los libros de á bordo.

Es que las empresas marítimas, algunas de ellas

al menos, han encontrado el medio de burlar la vigilancia de la autoridad sanitaria argentina, no solo negando la existencia de enfermos á bordo, como el caso del «Provence»; no solo dejando claros en sus listas de pasajeros para llenarlos con los no anotados si la muerte de algunos llega á disminuir su número, sinó también embarcando furtivamente pasajeros en el puerto de Río, en Santos, etc. los cuales no siempre figuran en las listas respectivas.

El ejemplo siguiente es uno de los perfectamente averiguados por el Departamento á mi pedido.

En Diciembre de 1892 fué declarado como sospechoso de fiebre amarilla un enfermo que se alojaba en el Hotel del Globo. El Director de la Asistencia Pública, Dr. Emilio R. Coni, había hecho examinar el caso por varios colegas, como el Dr. Loudet, el Dr. Pérez, etc, y como hubiese ciertas dudas respecto á la clasificacion de la enfermedad, fuí solicitado para examinarlo á mi vez. Se trataba de un sujeto que hacía dos días que había desembarcado de un buque de procedencia sospechosa, después de haber sufrido el tratamiento sanitario. Pues bien, este señor, brasilero de nacionalidad, y un compañero suyo, que se alojaba en una pieza inmediata, se habían embarcado en Río Janeiro, habían hecho todo el viaje y sin embargo sus nombres buscados en la lista del vapor que los trajo no estaban anotados. Comprobado oficialmente el hecho, el De-

partamento impuso al agente la pena respectiva.

Por fortuna en esta ocasión resultó tratarse de un embarazo gástrico; pero ¿cuántos contrabandos de esta naturaleza no harán anualmente ciertas agencias marítimas?

En igual período del año siguiente (verano de 1892 á 1893), pero iniciado en Setiembre, puesto que la epidemia en los focos brasileros se había adelantado, el número de navíos infectados ó sospechosos fué aún más considerable: 351 vapores y 144 buques de vela con 29.951 pasajeros y 20.808 tripulantes debieron sufrir en Buenos Aires el tratamiento sanitario respectivo.

De los 495 navíos, 12 trajeron enfermos de fiebre amarilla á bordo. El número de atacados por dicha enfermedad fué de 34, exactamente la misma cifra que en el año anterior, y además 40 clasificados como sospechosos.

El cuadro adjunto hecho á mi pedido por el Dr. Nicolás Lozano comprende los datos relativos á 27 de esos casos producidos en el primer semestre del año 1893. Se indica en él la categoría del navío, la procedencia, la fecha de la salida y de la llegada, el número de enfermos de fiebre amarilla observados durante el viaje, á la llegada á este puerto ó desarrollados durante la cuarentena, en fin, el lugar de su asistencia y la terminación.

Nómina de los casos de Fiebre Amarilla que se han producido á bordo de los buques surtos en la Rada Exterior de Buenos Aires durante el período de las cuarentenas á las procedencias del Brasil desde el 4 de Enero de 1892 hasta el 1o de Julio de 1893.

CLASE de BUQUE	NACIONALIDAD	NOMBRES	PUERTO sucio ó sospechoso de donde proceden	FECHA de SALIDA	FECHA de LLEGADA	Enfermos de fiebre amarilla en el viaje	Enfermos de fiebre amarilla á la llegada	Enfermos producidos durante la cuarentena	Enfermos remitidos al Hosp. Rodolfo del Viso	Enfermos producidos en el lazareto de M. García	Fallecidos de fiebre amarilla á bordo	Fallecidos de fiebre amarilla en el Hospital	Fallecidos de fiebre amarilla en el Lazareto	Curados y dados de alta
Vapor	Italiano	«Andrea Doria»	Rio Janeiro	25 Diciembre 92	3 Enero 93	—	—	—	—	1	—	—	1	—
Barca	Danesa	»Ribe»	Santos	9 Enero »	18 » »	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Vapor	Italiano	«América»	»	15 » »	22 » »	—	—	3	1	—	2	—	—	1
»	Francés	«Porteña»	Rio Janeiro	22 » »	28 » »	—	—	4	2	—	2	—	—	2
»	Italiano	«San Gottardo»	Rio y Santos	24 » »	31 » »	—	1	—	—	—	1	—	—	—
»	Francés	«Provence»	id id	12 Febrero »	17 Febcrero »	—	—	3	—	—	3	—	—	—
»	Italiano	«Montevideo»	Santos	14 » »	19 » »	—	—	1	—	—	1	—	—	—
»	Argentino	«Colombia»	idem	4 Marzo »	13 Marzo »	—	—	1		—	1	—	—	—
»	Francés	«Medoc»	Rio Janeiro	3 » »	14 » »	—	—	1	1	—	—	1	—	—
»	»	«Rio Negro»	idem	30 » »	6 Abril »	7	—	1	1	1	—	1	1	—
»	Portugués	«Alice»	Santos	9 Mayo »	15 Mayo »	—	7	1	4	—	3	1	—	4
»	»	»Cidade do Porto»	Rio Janeiro	2 Junio »	9 Junio »	—	1	—	—	—	1	—	—	—
					Suma......	7	10	15	9	2	15	3	2	7

OBSERVACION—Los 7 enfermos del vapor francés «Rio Negro» han sido bien comprobados como casos de fiebre amarilla y se produjeron en la travesía de Rio Janeiro á la Isla de Flores, habiendo quedado 3 en el Hospital marítimo de Río y 4 en el Lazareto de Flores.

RESÚMEN

Enfermos producidos á la llegada	10
» » en cuarentena	15
» » en el Lazareto	2
Total........	27

Fallecidos á bordo	15
» en el Hospital «Dr. Rodolfo del Viso»....	3
» en el Lazareto........	2
Altas en el Hospital «Dr. R. del Viso»........	7
Total........	27

Estudiando los datos que ese cuadro contiene se ve que los 12 buques con enfermos de fiebre amarilla hicieron la travesía de los puertos infectados al nuestro en menos de diez días, con la única excepción del «Medoc» que tardó 11 días, y que en casi todos ellos la fiebre amarilla estalló precisamente en ese período estimado como correspondiente á la incubación.

De los 34 casos, siete se produjeron durante el viage, 10 á la llegada á este puerto, 15 durante la cuarentena y 2 en el Lazareto de Martín García. Ahora, si exceptuamos los siete enfermos del vapor «Río Negro» que quedaron para asistirse en el Hospital Marítimo de Río Janeiro y en el Lazareto de la Isla de Flores, tenemos un total de 27 casos, de los cuales murieron 20 y curaron los 7 restantes.

Estos resultados son bien explícitos y evidencian con la mayor claridad el grado de peligro á que habría estado expuesta la población de esta Capital si el Departamento Nacional de Higiene no hubiese hecho cumplir con la escrupulosidad necesaria las medidas de profilaxia que la Convención Sanitaria estableció para estos casos.

Por fortuna ningún enfermo aislado se produjo fuera del recinto cuarentenario, siendo únicamente entre los pasajeros y tripulantes de los navíos sospechosos ó infectados donde la enfermedad se presentó.

Todas las consideraciones en que nos hemos detenido respecto al puerto de Buenos Aires, son igualmente aplicables al de Montevideo, donde la mayoría de estos buques hace escala.

Y en efecto, consultada la Memoria del Lazareto de la Isla de Flores correspondiente á los años de 1892-1893, hallamos los elementos comprobatorios más demostrativos.

En el año 1892, 174 buques que traían 11.637 tripulantes y 6.599 pasajeros, hicieron cuarentena en dicho Lazareto. El número de enfermos de fiebre amarilla que en él desembarcaron para su asistencia fué de 12, de los cuales 8 fallecieron

El estado adjunto que extraemos de ese trabajo detalla los datos más importantes.

Buques infectados que sufrieron tratamiento sanitario en la isla de Flores en el año 1892

1892

MES	DÍA	CLASE	NOMBRE	Nación	OBSERVACIONES
Enero.	10	Vapor	Ortegal . .	Francés . .	Una defunción fiebre amarilla en viaje. 1 caso fiebre amarilla en Lazareto. 1 caso sospechoso en tránsito
»	11	»	Santos . . .	Brasilero. .	Una defunción fiebre amarilla en viaje; dejó 6 casos sospechosos en Paranaguá
»	24	»	Pelotas. . .	»	Dejó 3 casos sospechosos en Paranaguá . . . .
Febre.	3	»	Matapan. .	Francés. .	Una defunción fiebre amarilla en el puerto de la Isla . . . .
»	20	Barca	Marguer. E	Francesa. .	Cuatro defunciones fiebre amarilla durante el viaje
»	«	Vapor	Sorata . .	Inglés . . .	Un caso fiebre amarilla en el Lazareto . . . .
»	27	Fr'gta.	Klio	Norte Amr.	Tres casos fiebre amarilla en viaje. . . . .
»	29	Vapor	Pelotas. . .	Brasilero .	Una defunción fiebre amarilla. . . . .
Marzo.	3	»	Iberia . .	Inglés . . .	Dejó un caso fiebre amarilla en el Lazareto.. . . .
»	6	»	Thames . .	»	Un caso fiebre amarilla en transito . . . .
»	8	»	Imort. Ade	Argentino	Cuatro defunciones fiebre amarilla en viaje. . . . .
»	23	»	Malvinas .	Oriental. .	Una defunción fiebre amarilla; dejó un caso en el Lazareto . . . .
»	27	»	Rosario . .	Italiano . .	Seis casos fiebre amarilla en tránsito . . . .
	28	»	Santos . . .	Brasilero. .	Un caso sospechoso en Paranaguá. 5 casos fiebre amarilla en Rio Grande.
Abril.	1	»	Galicia . .	Inglés . . .	Dos casos fiebre amarilla en el Lazareto. . . . .
»	2	»	Porto Aleg.	Brasilero. .	Dejó un caso fiebre amarilla en el Lazareto . .
»	18	»	Pelotas. . .	»	Un caso sospechoso en Rio Grande. Uno Lazareto. .
Mayo.	3	»	Rio Janeiro	»	Un caso fiebre amarilla en Lazareto. . . . .
Diciem.	28	»	Porto Aleg.	»	Un caso fiebre amarilla en el Lazareto. . . . .

Del mismo modo, en 1893 el total de navíos sometidos al tratamiento sanitario alcanzó á la cifra

de 858 con 16.742 tripulantes y 8.451 pasajeros. Los enfermos de fiebre amarilla llevados al Lazareto fueron 8 que dieron 3 fallecidos.

El cuadro que insertamos más abajo compendia los datos principales á este respecto.

Buques infectados que sufrieron tratamiento sanitario en la isla de Flores desde Enero á Mayo del año 1893

1893					
MES	DIA	CLASE	NOMBRE	NACION	OBSERVACIONES
Enero	27	Vapor	Santos. . .	Brasilero .	Dejó un caso fiebre amarilla en Río Grande. . . . .
»	13	»	Cidade do Porto . . .	Portuguèz	Dos casos fiebre amarilla en Santos. 3 en Lazareto . .
»	16	»	Pomona . .	Argentino	Un caso fiebre amarilla en el Lazareto. . . . .
Marzo	5	»	Aymore . .	Brasilero. .	Dejó un caso fiebre amarilla en Santos. . . . .
»	31	»	Rio Pardo.	»	Dejó en Paranaguá un caso fiebre amarilla . . . .
Abril	4	»	Rio Negro.	Francés . .	Dejó 4 casos fiebre amarilla en el Lazareto. . . . . .

Finalmente, en el verano de 1893-1894, se ha repetido nuevamente el mismo hecho observado los dos años anteriores. Hemos tenido en el puerto de Buenos Aires 12 navíos infectados por la fiebre amarilla que determinaron 47 casos y de estos 31 producidos después de su arribada. Véase el Resumen Estadístico correspondiente al año 1894 inserto después.

En épocas anteriores una epidemia, ó mejor una producción sucesiva de enfermos de esta especie

en nuestro, puerto habría sido inmediatamente seguida de una epidemia análoga en la ciudad; y sin embargo, en los tres años consecutivos los gérmenes de la infección han podido ser totalmente destruídos en sus orígenes á favor de las severas prácticas de desinfección, definitivamente implantada como sistema, y los pasajeros y tripulantes han podido desembarcar sin peligro para la salubridad pública. El único caso de contagio en esta serie de enfermos que nuestro personal ha atendido convenientemente es el de un enfermo del Lazareto Flotante, «Dr. Rodolfo del Viso», el cual curó.

Al terminar esta breve reseña de las epidemias habidas y contenidas en el puerto, hago votos por que todos los años en que desgraciadamente nos hallemos amenazados de análogas invasiones, podamos repetir estas hazañas de la higiene bien entendida, viniendo de tal manera á confirmar con nuevos ejemplos la prueba práctica de que el aislamiento y la desinfección son realmente las bases sólidas sobre las cuales descansa la profilaxia de las enfermedades exóticas.

Movimiento de los enfermos de fiebre amarilla asistidos en el Hospital Flotante desde Enero hasta el 30 de Abril del año 1894

CLASE	NOMBRES	NACIONALIDADES	PROCEDENCIAS	ESCALAS Y FECHA DE SALIDA	FECHA de ENTRADA	Enfermos durante el viaje	Enfermos en la Rada	Número de enfermos	Número de muertos	Dados de alta	Totales
Vapor	«Tagus»	Inglés	Southampton	Pernambuco 13 Enero, Bahía 15, Rio 20.	Enero 24	2	1	3	2	1	3
»	«Gellivara»	»	Rio Janeiro	6 Febrero.	Febrero 14	—	1	1	—	1	1
Barca	«Gerda»	Alemana	»	6 Febrero.	» 18	1	3	4	1	3	4
»	«P. Argentino»	Argentina	»	13 Febrero.	» 27	3	5	8	2	6	8
—	«H. Flotante»	»	—	—	—	—	1	1	—	1	1
Vapor	«Equateur»	Francés	Burdeos	Pernambuco 6 Marzo, Bahía 8, Rio 13.	Marzo 19	—	1	1	1	—	1
»	«Clyde»	Inglés	Southampton	Pernambuco 9 Marzo, Bahía 10, Río 15.	» 21	2	—	2	—	2	2
»	«Mindello»	Portuguesa	Río Janeiro	18 Marzo.	» 27	—	3	3	—	3	3
»	«Magdalena»	Inglés	Southampton	Pernambuco 21 Marzo. Bahía 23, Río 28.	Abril 3	—	1	1	1	—	1
Barca	«Clairmont»	»	Santos	1º Abril.	» 9	—	1	1	—	1	1
Vapor	«Pedro III»	Argentino	»	3 Abril.	» 9	3	5	8	3	5	8
»	«Porteña»	Francés	Havre	Pernambuco 22 Marzo, Bahía 31, Río 3 Abril.	» 19	1	4	5	2	3	5
»	«Gellivara»	Inglés	Río Janoiro	11 Abril.	» 20	2	5	7	3	4	7
»	«Campana»	Francés	Havre	Santos y Río Janeiro 20 de Abril.	Mayo 14	2	—	2	—	2	2
						16	31	47	15	32	47

CAPÍTULO IX

Estudio Clínico de los enfermos de fiebre amarilla producidos en el puerto de Buenos Aires en el año 1893.

Sumario — Consideraciones generales — I. Historia clínica de un caso de fiebre amarilla importado por el vapor «Andrea Doria» y producido cn el Lazareto de Martín García (fallecido).—II. Observación de un caso á bordo de la Barca «Ribe» (fallecido). —autopsia.—III. Observación de tres casos abordo del vapor «América» (dos fallecidos).—IV. Historia de cuatro enfermos producidos á bordo del vapor «Porteña» (dos fallecidos) —V. Un caso á bordo del «San Gottardo» (fallecido).—VI. Tres enfermos á bordo del vapor «Provence» (tres fallecidos).—VII. Observación de un enfermo á bordo del vapor «Montevideo» (fallecido).—VIII. Un caso á bordo del vapor «Colombia» (fallecido). —IX. Observación de un enfermo á bordo del vapor «Medoc» (fallecido); autopsia.—Consideraciones sobre el diagnóstico.—X. Observación de un caso á bordo del vapor «Río Negro.» Antecedentes (fallecido).—XI. Enfermo producido en el Lazareto de Martín García (fallecido).—XII. Ocho casos observados en el vapor «Alice.»—XIII. Enfermo del vapor «Cidade do Porto» (fallecido).

El estudio clínico de las enfermedades exóticas en general puede ser hecho de una manera más completa seguramente en aquellos lugares del globo donde ellas dominan de una manera continua al estado endémico, ó en cualquier punto donde aparezcan accidentalmente de una manera epidémica.

En efecto, es cuando sus casos son numerosos ó frecuentes que el médico puede asistir á las varie-

dades y diferencias sintomatológicas que ellas suelen presentar; y ha sido siempre en estos focos estables ó eventuales donde los clínicos han recogido el material precioso con que han ilustrado esta parte de la Patología.

Nuestros médicos, en las epidemias de fiebre amarilla que azotaron á esta capital, tuvieron un abundante campo de observación, pero en medio de los contratiempos inherentes á ellas y á causa del número reducido de aquellos, dedicados exclusivamente á atender día y noche á tanta cantidad de enfermos, perdieron la ocasión de legarnos los resultados de su observación, y por consiguiente, de poseer hoy un estudio propio. Los capítulos precedentes lo demuestran de una manera clara. La epidemia del año 1871, en especial, no dejó una experiencia suficientemente fundada para poder darnos un juicio exacto de la sintomatología, marcha, complicaciones, duración, etc., de la fiebre amarilla. Y es recién ahora, desde estos últimos dos años, que gracias al empeño del Departamento Nacional de Higiene se ha podido reunir una buena cantidad de observaciones, que si todavía carecen de muchos detalles ilustrativos, podrán sin embargo obtenerse una vez que se habilite al Lazareto Flotante de un personal especial destinado á estudiar detenidamente estas importantes cuestiones en los numerosos casos que anualmente se introducen á nuestro puerto, no solo bajo el punto de vista clínico, sinó

también de la bacteriología y de la anatomía patológíca que son un complemento indispensable.

El estudio que hoy publicamos será incuestionablemente el más nutrido en elementos de observación de cuantos han visto la luz pública en el país, porque contiene las historias clínicas de enfermos, todas ellas redactadas por los médicos del Departamento Nacional de Hijiene, entre los cuales debemos citar á los Dres. Francisco Otero, Nicolas Lozano, Wenceslao Acevedo, Federico Zavaleta, Carlos Benítez, Juan Allende, E. Luque, Moret y otros distinguidos colegas.

Pero no todas estas observaciones tienen la misma importancia, pues muchas son incompletas en razón de pertenecer á casos estudiados en diferente período evolutivo de la enfermedad, comenzada algunos días antes de la arribada del buque conductor á nuestro puerto; y las únicas, bien pocas, que se hallan en el caso contrario, corresponden á aquellos enfermos producidos después del embarque del Inspector Sanitario, cuando éstos en calidad de médicos viajeros los acompañaron en el viage desde los puertos del Brasil, ó cuando los casos se orijinaron durante el período de observación sanitaria en nuestra rada.

Son esas observaciones completas las que podrán servir de norma para apreciar las demás historiadas solamente en la fase de desarrollo ó terminación.

Los estudios de anatomía patalógica se hallan en la misma condición, pues se refieren únicamente al examen macroscópico de los órganos, y como puede verse en las autopsias que se han practicado, las lesiones encontradas corroboran en todos los casos el diagnóstico clínico.

Resumiendo estas breves consideraciones resulta que si el material clínico que presentamos no es lo suficientemente completo como sería de desear, constituye sinembargo el más importante y extenso que actualmente poseemos, y que si muchas cuestiones, y de las más interesantes, aún no han sido explotadas, es de esperar que dentro de poco, si la ocasión se ofrece, los médicos del Departamente Nacional de Hijiene llenen estos vacíos, suministrándonos observaciones más acabadas, estudios de anatomía potolójica, de histología y aún ensayos de bacteriolojía, necesarios para el conocimiento perfecto de esta enfermedad tan inexplorada en su naturaleza íntima.

I

Un enfermo de fiebre amarilla á bordo del vapor italiano «Andrea Doria»

El primer caso observado en el presente año fué en un pasajero de 3ª. clase que había venido en el vapor «Andrea Doria».

Este navío procedía de Italia y había hecho escala en el puerto de Río Janeiro, de donde zarpó el 25 de Diciembre de 1892 para los puertos del Plata, llegando á Buenos Aires el 3 de Enero de 1893.

A su arribo á Buenos Aires, y por haber tocado en un puerto infectado, este buque fué obligado á sufrir una cuarentena de rigor equivalente al número de días (diez) de la incubación máxima de la fiebre amarilla, y con este motivo sus pasajeros fueron enviados al Lazareto de la Isla de Martín García.

Seis días habíanse pasado desde la llegada de este vapor cuando una pasajera de 3ª. clase, **María Cenoni**, de 16 años, que se había embarcado en el puerto de Nápoles en perfecta salud y hecho todo el viaje sin más molestias que las propias á la navegación, dió parte de enferma al médico del Lazareto Dr. Otero.

La enfermedad empezó por malestar general, anorexia y cefalalgía.

El médico recetó un purgante de calomel y ordenó su aislamiento en cama para poder observar con más facilidad la evolución de ese estado mórbido que se iniciaba como un embarazo gástrico simple.

Los mismos síntomas sin grandes alteraciones persistieron hasta la noche del 11 de Enero, tres días después de comenzada la enfermedad, en que se manifestaron escalofríos, fiebre y una hemate-

mesis que se repitió por tres veces durante esa noche. Al día siguiente el cuadro clínico de la fiebre amarilla era clásico y se ofrecía con los siguientes síntomas: postración profunda, adinamia, vómitos, sed, anorexia, ansiedad epigástrica, dolor epigástrico intenso, aumentado por la exploración; igual dolor en los hipocondrios, en el derecho principalmente, midriasis, pulso pequeño y filiforme, fiebre (37.9) y anuria.

Estos síntomas, que revelaban una infección profunda, continuaron pronunciándose con rapidez, muy principalmente los vómitos, que poco á poco fueron perdiendo su color francamente rojo para tornarse, á medida que se repetían, en oscuros y negros; eran compuestos de una sustancia glutinosa espesa semejante á la brea, y mantenían en suspensión una gran cantidad de pequeños corpúsculos del mismo color.

Conjuntamente se observaron síntomas de excitación del lado del sistema nervioso, como insomnio, agitación, delirio, de palabra y de acción que requería mucha vijilancia para evitar la caída de la cama, etc.

Este estado se sostuvo hasta las 12 1/2 de ese día en que la temperatura empezó á ascender (39.7), y una inyección de color rojo subido invadió la piel del rostro al mismo tiempo que la ictericia se pronunció sobre todo el tegumento externo. Por la tarde, vuelven á manifestarse los vómitos con igual-

carácter y la temperatura empieza á bajar rápidamente hasta la muerte.

Este caso fué diagnosticado de fiebre amarilla rápida ó fulminante.

Salvo la modalidad clínica admitida, el diagnóstico era exacto. No podía en efecto pensarse en otra cosa que en una infección debida al veneno amarillo. Lo único que en mi opinión debe llamar la atención es la larga duración de la incubación, caso de que la infección se hubiera hecho en Río, lo que daría 15 días; pero como ese dato es siempre imposible averiguar, resulta que es excelente la práctica adoptada por el Departamento de considerar como infectado el navío hasta el momento en que sube á su bordo una autoridad sanitaria argentina, contando desde la última desinfección que ella efectúa los 10 días calculados al periodo de la incubación, y este caso es uno de sus mejores ejemplos, pues en su defecto el «Doria» habría sido puesto en franquicia diez días después de su salida de Río, es decir el 5 de Enero, y en esta condición el 9 se habría producido el caso fatal en cualquiera de las ciudades del país.

II

Un enfermo de fiebre amarilla á bordo de la barca «Ribe»

Esta barca partió del puerto de Santos el 9 de Enero de 1893 y llegó á Buenos Aires el 15 del mismo con un enfermo de fiebre amarilla á bordo.

El Dr. Luque, que examinó este enfermo el día 19, refiere la observación que hizo en los siguientes términos: **Carl Lopes Nielsen**, de 16 años, tripulante, enfermo desde algunos días antes, presentaba una notable postración y un sopor muy próximo al coma, del cual, sin embargo, despertaba para responder con palabras incoherentes; la lengua estaba seca, agrietada, sus bordes rojos y la cara superior cubierta de una capa blanca sucia; los ojos sin brillo, la mirada vaga, el pulso era pequeño, blando y casi filiforme; acusaba un dolor espontáneo muy agudo que le arrancaba quejas en la región epigástrica, cuando sobre ella se ejercía alguna presión. Sus movimientos eran difíciles y ejecutados con imperfección y gran dificultad. «En una palabra, dice en su parte oficial, me hizo la impresión de un sujeto en el período muy próximo á la agonía.» En tal situación el médico se concretó á levantar las fuerzas del paciente por medio de inyecciones hipodérmicas de eter, ordenando al mismo tiempo se le

practicaran fricciones estimulantes y se le administrase bebidas calientes y tónicas.

Los antecedentes de este caso no ilustran en manera alguna el diagnóstico, pues la enfermedad, según el Capitán, había comenzado el viernes anterior, 13 de Enero, en que dicho sujeto abandonó el trabajo quejándose de fuertes dolores al estómago y mucha debilidad. Fué tratado con un purgante de aceite de ricino propinado por el mismo capitán, el cual produjo bastantes deposiciones. Continuó en igual estado hasta la visita del médico en que se observaron los síntomas indicados. El enfermo murió el 19, habiendo durado la enfermedad de seis á siete días.

AUTOPSIA

Fué practicada al día siguiente en el Lazareto de Martín García por el Dr. Otero, y las principales lesiones encontradas, según el parte telegráfico hecho al Departamento de Higiene, eran las siguientes: color sub-ictérico de los tegumentos, más acentuado en las conjuntivas; manchas hipostáticas en las partes declives. Cavidad craneana: congestión de las meníngeas. Torax: enfisema pulmonar en ambos vértices, equímosis pleurales; coágulos cruóricos en el ventrículo y aurícula derecha. Abdomen: Higádo bastante aumentado de volumen y consistencia; color amarillo muy acentuado con equímosis superficiales, corte seco, pálido, anémico; no surje sangre alguna, el cuchillo deposita grasa; la consistencia de la superficie y del corte algo más aumentada. Estómago: distendido por

gases; contiene un líquido negro semejante á tinta que mantiene en suspensión granos pequeños del mismo color; igual producto infiltra la mucosa gástrica que está espesada y cubierta de numerosísimas placas equimóticas; las arborizaciones vasculares bien dibujadas. Intestino delgado: lesiones iguales á las del estómago, notablemente hacia el duodeno y primera parte del yeyuno. Los intestinos gruesos sin alteración de importancia. Riñones: grandes, turgentes, hiperemiados. Vejiga retraída y vacía. Bazo, un poco aumentado de volumen.

Estas lesiones anatomo-patológicas, más particularmente las que se refieren al aparato digestivo, hicieron clasificar el caso como de fiebre amarilla en el 2°. período ó de localización.

III

Tres casos de fiebre amarilla observados durante la cuarentena á bordo del vapor italiano «América»

Este vapor salió de Santos el 15 de Enero, llegando á este puerto el 22 del mismo.

1°. **Leone Esttere**, foguista de 18 años, diagnosticado como enfermo de *tifus* por el médico de abordo, presentaba el cuadro sintomático que se expresa á continuación, el día 22, cuando subió á bordo el Guarda Sanitario Juan A. Pérez.

Enfermo desde el día anterior sin más síntomas de gravedad que la temperatura que era de 39 á

40°; ofrecía al día siguiente: abatimiento, ictericia poco acentuada, raquialgia, sed, anorexia, vómitos desde la 1 a. m.; la materia que estos eliminaban era de un color negro como borra de café; dolor epigástrico, diarrea verdosa y sanguinolenta; pulso pequeño, temperatura elevada entre 39° y 38.6, Por la tarde el enfermo se agravó; las fuerzas disminuyeron y sobrevino sopor con el cual terminó á las 10 y 35 de la mañana del 23. En este momento la ictericia se había hecho más intensa y un eritema rojo había aparecido en el escroto.

AUTOPSIA

Fué practicada el 24 á las 11 a. m. por los Dres. Otero y E. Luque en el Lazareto de Martín García, y las lesiones más importantes encontradas fueron las siguientes: ictericia cutánea; coloración amarillenta de todos los tejidos; estómago con los signos de una violenta inflamación, mucosa hiperemiada, exulcerada, equimótica: contenía un líquido espeso, denso, color negro de tinta, teniendo en suspensión corpúsculos de igual color; análogas lesiones en el intestino delgado; hígado de tamaño y color normal, pero el corte mostraba los caracteres de una degeneración grasosa aguda; vesícula biliar con bilis y sangre.

2°. Enfermo.—La observación fué levantada por el Dr. Zavaleta. Día 24 1 p.m. **Nicolás Labati**, italiano de 24 años de edad, atacado de *fiebre amarilla*, dijo: Que durante la noche anterior había experimentado un fuerte y único escalofrío, sintiendo en seguida mucha sed, cefalalgia y postración general

Al examen se comprobó que su color era sub-ictérico, su conjuntiva inyectada, sus labios rojos y fuliginosos, lengua saburrosa, cara congestionada y vultuosa. Había vómitos biliosos, primando sobre los demás síntomas un estado nauseoso acentuado. El hígado congestionado, bazo prominente, región epigástrica dolorosa.

La temperatura á la 1. 5 p. m. alcanzó á 40°.3, tenía 90 pulsaciones por minuto, pulso lleno y frecuente, diarrea y orina albuminosa y escasa.

Día 24.—A las 5 p.m.: la temperatura descendió á 40.1, el pulso á 88 y tuvo dos cámaras durante el día; el estado nauseoso continuaba y la ansiedad epigástrica empezó á acentuarse.

Día 25.—5 a. m. T 39.6, P 95, hay sub-delirio, vómitos oscuros, gran postración y mucha ansiedad, la ictericia de la conjuntiva se ha acentuado y es ya muy característica en la cara y en el cuerpo, empezando también la anuria, pues no ha orinado desde ayer á la tarde.

12 m.—El estado del paciente se reagrava, continuan todos los síntomas, presentándose ahora hemorragias por las mucosas bronquial, nasal y de la conjuntiva.

Día 26.—Ansiedad epigástrica y latidos desordenados en la región celíaca; sub-delirio durante la noche, habiéndose levantado varias veces á consecuencia de lo cual sufrió una caída que le produjo una herida de la piel del cráneo que le ocasionó una

abundante hemorragia; la ictericia se acentuó muchísimo; la respiración era corta, ruidosa y entrecortada, sin presentar el tipo de Cheyne-Stokes; las hematemesis se sucedieron frecuentemente eliminando bastante cantidad de sangre, al punto de empapar las ropas de la cama. La temperatura había descendido á 38.5 a. m., y el enfermo muy molestado por su ansiedad solía llegar á tener convulsiones clónicas en todos sus miembros, alcanzando un grado de violencia tal, que se hizo necesaria la intervención de varios enfermeros para sostenerlo en la cama y evitarle que se lesionase. La anuria del día anterior persiste hoy.

Las hemorragias nasales y las equimosis sub-conjuntivales se presentaron también, lo mismo que las manchas de púrpura y la ictericia, que aumentaron mucho después de la muerte, ocurrida en la noche de este día. No se practicó la autopsia.

3er. Enfermo. Día 24, 1.40 p. m. **Simón Gasco**, italiano, 54 años, contramaestre del vapor, presentaba los siguientes síntomas: T 38°5. P 70, poco frecuente y amplio; color de la cara, sub-ictérico, id de la conjuntiva, gran susceptibilidad epigástrica, náuseas y vómitos alimenticios primero y biliosos después, gran cefalalgia, mucha sed, orina cargada, pero sin albúmina, lengua cargada.

Día 24.—5 p. m. T 38.9, P 77; los demás síntomas continúan del mismo modo que antes.

Día 25.—5 a. m. La temperatura ha descendido

á 38°, los vómitos son menos frecuentes, el estado nauseoso ha mejorado un tanto y el estado general del enfermo denota una muy leve mejoría.

12 m.—No hay ninguna novedad, el estado es bueno. Este enfermo curó.

IV

Cuatro enfermos de fiebre amarilla á bordo del vapor francés «Porteña»

Este buque salió de Rio Janeiro el 22 de Enero llegando á Buenos Aires el 25 del mismo con enfermos á bordo.

El primer enfermo, **Tomás María Izes,** francés, de40 años de edad, de estado casado, foguista del mencionado vapor, presentó sus primeros síntomas, según declaración del médico de á bordo, el 26 de Enero. Consistieron éstos en cefalalgia, postración general, fiebre, vómitos etc, síntomas que habían hecho diagnosticar al médico una gastro-enteritis.

Estos mismos síntomas persistían cuando el Guarda Sanitario R. Xarzer lo vió el 28. Después sobrevino un dolor á lo largo del raquis y una hiperemia acentuada de la piel, particularmente en los pómulos, la cual llegó á tomar un tinte cianótico en otras regiones del cuerpo. El mal conti-

nuó haciendo progresos, y el enfermo falleció á las 4 a. m. del 30.

No se hizo la autopsia.

Inmediatamente después de este deceso el Guarda Sanitario tuvo conocimiento de que otro foguista había dejado su trabajo dando parte de enfermo. Presentaba exactamente el mismo modo de principio rápido y el mismo conjunto sintomático que el anterior.

El médico enviado por el Departamento Nacional de Higiene para reconocer estos casos y pronunciarse sobre el diagnóstico llegó á bordo del Porteña el 30 á la noche y se encontró con un nuevo enfermo.

Llamábase **Pierre Simón,** francés, de 39 años, foguista y compañero de cabina del fallecido.

Su enfermedad había comenzado el día 27 por cefalalgia, postración general, fiebre, vómitos y diarrea, lo que había hecho clasificar el mal por el médico de abordo como una gastro-enteritis. El examen practicado por el enviado del Departamento, Dr. Acevedo, comprobó: ictericia lijera, dolor epigástrico, estómago distendido, lengua saburrosa, anorexia, sed; el hígado un poco aumentado del volumen y algo doloroso; los demás órganos no presentaban aparentemente nada de anormal; sin embargo la orina parecía disminuída en cantidad y el examen químico reveló la existencia de

albuminuria. Las materias emitidas que habían sido vistas por el Guarda, eran biliosas y algunas contenían sangre.

Con estos datos el Dr. Acevedo consideró el caso como muy sospechoso.

El 31 de Enero continuaban los mismos síntomas: la adinamia había aumentado. Este día apareció un delirio intenso, el tinte ictérico se hizo más pronunciado, la disminución de orina persistía, lo mismo que la albuminuria; el pulso se tornó frecuente é irregular, y de tiempo en tiempo se notaba un hipo ruidoso y bastante molesto.

Por último, los fenómenos de excitación cerebral hicieron lugar á un estado soporoso, lo que coincidió con la anuria, pues la sonda mostró en varias exploraciones que la vejiga estaba vacía; el pulso se volvió filiforme; sobrevino disnea sin lesión pulmonar, continuando el hipo y el coma hasta la muerte que tuvo lugar el 1.° de Febrero á las 10 y 55 p. m. La ictericia aumentó mucho después de la muerte.

La autopsia efectuada por el Dr. Otero comprobó las lesiones comunes de la fiebre amarilla.

N. Geoffroy y Pierre Tual, foguistas como los anteriores y compañeros de habitación, se enfermaron también con síntomas idénticos dominando particularmente en ambos los correspondientes á un embarazo gástrico intenso, con náuseas, vómitos cefalalgia, fiebre, etc.

El primero se enfermó el 30 y el segundo al día siguiente.

Habiéndose resuelto el 2 de Febrero que pasaran para su asistencia al Hospital Flotante, el médico, Dr. T. Moret, solo creyó deber clasificarlos como sospechosos.

Por nuestra parte pensamos que en todos ellos se trató de la misma enfermedad manifestada en forma atenuada en los últimos y con caracteres típicos en los primeros.

V

Un caso de fiebre amarilla á bordo del vapor «San Gottardo»

Este vapor salió de Santos el 24 de Enero y llegó á Buenos Aires el 31 del mismo.

En este navío se había enfermado dos días antes, el 29, un tripulante llamado **Pietro Valle,** de 19 años de edad.

El médico de á bordo había clasificado la enfermedad como sarampión.

Sin embargo el guarda sanitario observó el 1° de Febrero que la erupción rosada ocupaba principalmente la cara, que existía raquialgia, dolor epigástrico, diarrea y fiebre de 38.3.

Dada la falta absoluta de médicos, todos ellos em-

barcados en los navíos cuarentenarios ó en servicios importantes, el Departamento no encontró á ninguno para mandar examinar ese caso original de sarampión con erupción al tercer día de iniciada la invasión; pero el Guarda Sanitario, que continuaba su observación, notó que el 2 de Febrero la enfermedad se agravaba, habiéndose presentado un tinte ictérico en la piel al mismo tiempo que se desvanecían las manchas rojas del rostro, que la temperatura se mantenía arriba de 38°, que la gravedad se hacía cada vez mayor, al punto de ser difícil la articulación de la palabra, y por último, que habia vómitos de una materia roja sanguinolenta eliminada al mismo tiempo por la boca y nariz, síntoma este último que lo hizo pensar en la fiebre amarilla. El enfermo falleció á las 3 y 20 del día siguiente.

El diagnóstico *post mortem* hecho por el Dr. Otero confirmó esa opinión demostrando que en realidad se trataba de un caso de fiebre amarilla.

Practicada la autopsia, las lesiones anatómicas encontradas fueron las siguientes: Color subictérico de los tegumentos y conjuntivas. Cavidad cefálica: hiperemia algo pronunciada de las cubiertas cerebrales. Torax: pleura y pulmones con algunas equímosis; corazón con un poco de sangre venosa en las cavidades derechas, el resto completamente vacío; los vasos que parten de él, vacíos y aplastados; pericardio con serosidad sanguinolenta. Abdomen: notablemente distendido por gases. Estómago repleto de

gran cantidad de líquidos, mezcla de sangre, bilis y bebidas injeridas, formando en conjunto una sustancia oscura pegajosa y con depósitos. Intestinos delgados dilatados por gases, conteniendo las mismas materias que el estómago; parte de intestinos en las bolsas formando gran hernia. Intestinos gruesos con materia análoga á la contenida en los delgados y estómago. Hígado de volumen ordinario, color amarillento verdoso; los cortes dados en el espesor de la glándula no dan sangre alguna; conductos biliarios permeables, vesícula de la hiel vacía; bazo normal; riñones reblandecidos; vejiga de la orina desprovista de líquido.

VI

Tres enfermos de fiebre amarilla á bordo del vapor francés «Provence»

El Provence salió de Santos el 12 de Febrero y llegó á este puerto el 19 del mismo.

El capitán de este navío ocultó al Guarda Sanitario Pablo G. Ferla, enviado por el Departamento, la existencia de dos enfermos de fiebre amarilla, los cuales fueron descubiertos el día 20. Uno de ellos había sido clasificado como enfermo de úlcera simple del estómago por el médico de á bordo, y el otro como atacado de gastritis.

Los datos recogidos por el Guarda Sanitario fueron los que á continuación se expresan, confirmativos

de que ambos adolecían en realidad de fiebre amarilla.

Marius Gourrand, francés, de 31 años, de estado soltero y camarero de dicho buque, presentaba cefalalgia, raquialgia, dolor al epigastrio, lengua seca, apergaminada, requebrajada, bordes y punta muy rojos, constipación. Además, ictericia poco pronunciada, manchas equimóticas de la piel, fiebre, anuria y agitación extrema. El enfermo murió pocas horas después de ser visto por el Guarda.

El otro enfermo, que igualmente había sido ocultado, se llamaba **Nicolás Huroverich**, era austriaco, de 27 años, soltero, de profesión agricultor y venía como pasajero de 3° clase; murió el mismo día 20 á las 9.5 pm.

Los síntomas observados en él fueron los mismos que los del caso anterior, con la única diferencia de que en éste las materias vomitadas eran negras sin mezcla alguna de sangre roja.

La autopsia de estos cadáveres oportunamente practicada en Martín García por los Dres. Acevedo y Otero confirmaron el diagnóstico clínico.

El Dr. Federico Zavaleta, enviado por el Departamento á este buque con el fin de dar cumplimiento á las disposiciones acordadas y estudiar al mismo tiempo los nuevos casos que se produjeran, informó con fecha 21 de Febrero que existían además tres enfermos que clasificó como de embarazo gás-

trico lijero, y un sujeto que en su opinión era un enfermo de fiebre amarilla.

En efecto, **Robert Dalward**, alemán, de 33 años, soltero, procedente de Francia, se encontraba enfermo desde el 19 de Febrero, habiéndose iniciado su mal de un modo brusco y con los siguientes síntomas: escalofrío intenso, prolongado y único, fuerte dolor de cabeza, gran postración, vómitos alimenticios primero, biliosos después, fiebre, etc.

En el momento del examen, del 3° el 4° día del principio de la enfermedad, ofrecía: ictericia, adinamia, lengua saburrosa, blanco-sucia en el centro, roja en los bordes y punta, temperatura normal, pulso muy débil y frecuente, vómitos negros, orina muy disminuída y con albumina, delirio continuo, la región epigástrica muy dolorosa; el examen del hígado y del bazo no suministraba dato alguno que merezca indicarse: estaban de tamaño sensiblemente normal. En la tarde de ese día los síntomas se agravaron: la anuria continuó, el delirio hizo lugar al coma y la muerte se produjo á las 11 p.m.

La autopsia del cadáver de Nicolás Huroverich, del Vapor Francés «Provence», acusa las lesiones anátomo-patológicas siguientes: Tinte ictérico muy acentuado de la conjuntiva; extensas hipostasis en la superficie externa del escroto. Cavidad cefálica: nada de particular. Torax: Corazón con notable degeneración grasosa y repleto de coágulos sanguíneos; pulmones y pleura ligeramente equimosados; grandes vasos llenos de sangre negra. Abdomen: Estómago notablemente dilatado conteniendo en su inte-

rior sustancia líquida mezcla de bilis, sangre y bebidas injerídas; mucosa gástrica hiperemiada, aumentada en grosor y consistencia, sus pliegues muy salientes. Intestinos delgados: contienen la misma sustancia que el estómago, su mucosa con alteraciones catarrales. Intestinos gruesos simplemente distendidos por gases. Hígado aumentado de volumen; de color amarillento bastante intenso y superficie equimosada; nótase en él además dejeneración grasosa muy marcada. Vesícula de la hiel vacía. Conductos biliares permeables. Riñones cargados de grasa. Vejiga conteniendo un poco de orina turbia y grumosa. Bazo en un estado normal.

Autopsia del cadáver de Robert Delward. He aquí las principales lesiones anátomo-patológicas: color sub-ictérico de los tegumentos, extensas hipóstasis y algunas petequias. Corazón reblandecido y lleno de coágulos negros; pulmones congestionados. Estómago lleno de sustancia oscura, semi-líquida y untuosa; mucosa gástrica con erosiones sanguíneas. Hígado aumentado de tamaño y consistencia, de color pálido amarillento. Intestinos con la misma sustancia que en el estómago. Vejiga de la orina completamente vacía. Demás órganos en estado normal.

VII

Enfermo de fiebre amarilla á bordo del vapor italiano «Montevideo»

Este buque salió de Santos el 14 de Febrero, llegando al puerto de Buenos Aires el 19.

La observación de este caso pertenece al doctor Wenceslao Acevedo y la copiamos íntegra de su parte, pues además de ser bien completa, ilustra sobre la evolución del veneno amarillo que llegó á determinar la muerte sin producir los vómitos negros característicos.

«Ayer á las 6 p. m. se me avisó que un pasajero de tercera se encontraba enfermo y solicitaba médico. Me trasladé á tercera é hice pasar al paciente al Hospital y allí con el médico del buque hicimos el primer reconocimiento, cuyo resultado transcribo en seguida.

«Día 25— 6 pm. **Domingo Leivieto,** italiano, de 21 años de edad, pasajero de 3ª, procedente de Nápoles, hace cuatro días no se siente bien, sin haber dado aviso por creer que mejoraría. No existen antecedentes dignos de mencionarse.

«Estado actual:—Piel seca, tegumentos lijeramente pálidos sin ictericia; respiración tranquila con ritmo normal; temperatura 38.9; pulso débil, late 120 veces; postración general con aspecto tifóideo no muy pronunciado; cefalalgia, sobre todo frontal; las pupilas reaccionan bien á la luz, no hay fotofobia; la lengua saburral sin bordes rojos. El corazón y aparato respiratorio se encuentran bien. Aparato digestivo: estómago, á la percusión ruido timpánico; por la sucusión se nota el chapoteo, pareciendo algo distendido y doloroso á la presión; hay diarrea, dos á tres deposiciones diarias. El hígado no presenta

síntoma alguno apreciable. El bazo doloroso á la presión, sensiblemente aumentado de volumen. La última emisión de orina fué á medio día.

10 p.m.—Temperatura 38° 4. Pulso 104. Según el enfermo su estado general es un poquito mejor.

Día 26—4 a.m. Se presentan tres vómitos líquidos apenas biliosos, los que hasta este momento 9.30 a.m. no se han reproducido.—7 a.m. Temperatura 37° 1; pulso débil, 104 por minuto; postración y estado general como al principio; no ha orinado; bazo é intestinos como ayer; no existe diarrea; hígado aumentado de volumen, doloroso á la presión; el examen de la región ocupada por la vesícula biliar no da signos apreciables. Las pupilas algo dilatadas reaccionan bien á la luz. Señálase un lijero tinte ictérico morado sobre todo en las conjuntivas, cara inferior de la lengua, piel de la cara y cuello.

Ayer se inició el tratamiento con salicilato de soda, siendo sustituído hoy por sulfato de quinina y benzoato de cafeina mezclados.

El cuadro sintomatológico presentado por el enfermo, puede á mi entender encontrarse en tres afecciones; fiebre gástrica, infección biliar secundaria de mediana intensidad, y fiebre amarilla.

Los síntomas observados desde ayer después de las 7 a. m. hasta este momento 6 a.m, del 27 de Febrero, han sido los siguientes:

Día 26—12 m. temperatura 37° 2—pulso 108,

respiración 35, estado general idéntico al anterior, hay constipación, no hay emisión de orina, pero la vejiga parece contener un poco.

4 p.m. T. 37°.3.—P. 120, R. 35, es ansiosa, hay un poco de sub-delirio. Ha orinado próximamente 200 gramos; la orina tiene un fuerte color rosado proveniente de la mezcla de sangre; examinada, ha dado un precipitado de aspecto albuminoso y se han empleado en el análisis, el ácido nítrico y el calor.

7 p.m. T 37°. 4—P. 124—R. 40; se nota mayor intranquilidad, mayor ansiedad respiratoria, persiste el delirio; no ha vuelto á orinar, sigue la constipación, no se presentan vómitos.

11 p.m. T 37°.—P 115—R. 41; los síntomas generales aumentan de gravedad; en el resto el mismo estado.

Día 27—2 a.m. T 37°.—P. 115—R. 45; los síntomas generales persisten en el mismo estado, el pulso se hace más débil, sigue la anuria; examinada la vejiga con proligidad, la encuentro vacía.

5 a.m. T 37°. 3—Pulso filiforme, no se puede contar; respiración 54; el estado general es cada vez peor; hay enfriamiento de las extremidades, la respiración es más fatigosa.

6 a.m. En este momento el estado del enfermo no ofrece variación.

En el examen practicado á medio día he notado el hígado y la vesícula biliar dolorosa.

El cuadro sintomatológico enriquecido con nuevos síntomas y aclarados otros de carácter dudoso,—pues el descenso de temperatura podría muy bien provenir del salicilato de soda en dosis de 0.20 centígramos cada dos horas (según el médico de á bordo que lo prescribió),—no permite más la duda y me inclino á clasificar este enfermo como un caso de fiebre amarilla en su segundo período, pero con un carácter tal de gravedad que espero por momentos un desenlace fatal.»

Falleció á las 7 $^1/_2$ a.m.

El diagnóstico del Dr. Acevedo que examinó en vida á este enfermo y el del Dr. Otero que practicó la autopsia, están acordes en atribuir la defunción á la fiebre amarilla.

El resumen de la necropsia es el siguiente: Color de la piel ligeramente amarillento. Cavidad craneana, nada de particular. Torax: corazón grasoso, conteniendo sangre negra en las cavidades derechas, pulmones y pleura izquierda. Abdomen; hígado muy voluminoso y de color amarillento, su consistencia bastante aumentada, los cortes dados en su masa no dan líquido alguno; conductos biliares permeables; vesícula de la hiel vacía. Estómago distendido por un líquido amarillento verdoso; mucosa gástrica algo hiperemiada. Intestinos delgados llenos de gases; los gruesos distendidos por gases y por materias fecales líquidas y biliosas. Bazo y riñones normales. Vejiga de la orina con un poco de líquido sanguinolento.

VIII

Un enfermo de fiebre amarilla á bordo del vapor argentino «Colombia»

Este navío partió de Santos el 5 de Marzo, llegando á este puerto el día 13 del mismo.

La historia clínica del caso de fiebre amarilla observado á su bordo, merece también ser expuesta en los mismos términos que empleó al comunicarla al Departamento Nacional de Higiene, el Dr. Eliseo Luque en sus partes fechas 18, 19, 20 y 21 de Marzo:

«A las 12 m. del 17 me embarqué en este buque é inmediatamente procedí al examen del maquinista enfermo **Antonio de Luyk.**

«Mi primera impresión, como lo manifesté al Sr. médico de Sanidad, fué de que me encontraba en presencia de un caso de catarro gástrico febril. Sin tiempo suficiente para hacer un examen más prolijo que me pusiera en el camino de un diagnóstico preciso, ó por lo menos probable, me limité como digo á comunicar de palabra mi opinión del primer momento.

«Efectivamente, aparte de los síntomas comunes á todas las fiebres infecciosas en su primer período, no encontraba ningún signo que pudiera ponerse al ado de una afección pestilencial exótica; que en es

te caso, la única inculpable sería la fiebre amarilla.

«Para proceder con todo el orden requerido, empecé por informarme respecto al estado del enfermo, anterior á mi primer examen: A nada podía dar más fé, que á las anotaciones del guarda sanitario R. C. Gambín, que observó al enfermo desde que se inició la dolencia, y que por otra parte habían sido llevadas con mucha precisión y buen sentido.

«Según ellas el mencionado Luyk, á las 9.30 p.m. del día 15 del corriente, empezó á quejarse de malestar general y peso en el estómago, atribuyendo ésto á una indigestión producida por una comida muy abundante: tuvo un vómito de materias alimenticias y algunos escalofríos que le duraron toda la noche.

«Al día siguiente el citado guarda constató los siguientes síntomas:—cefalalgia, dolor en las extremidades inferiores, lengua saburrosa en todas sus partes y postración general. La temperatura osciló en las diversas observaciones entre 37°.1 la más baja, y 39°.1 la más alta, notándose remisiones frecuentes. Se le administró un purgante de aceite de ricino, y las remisiones han coincidido con la depleción consiguiente. En este estado ha continuado con pocas é insignificantes alternativas, habiendo vijilado el Guarda con mucha atención el estado de las funciones renales que no han ofrecido nada de notable.

«El estado actual del enfermo puede resumirse

con la enumeración de los siguientes síntomas: estado general relativamente bueno; adinamia poco marcada, sueño tranquilo, temperatura casi constante al rededor de 39°., con ligeras remisiones especialmente matinales, pulso 84 por minuto. Lengua saburrosa en toda su extensión, apetito disminuído, sed poco intensa, cámaras líquidas poco abundantes y fétidas, miccion sin alteraciones apreciables, hígado y bazo normales; cefalalgía mediana, dolores en los miembros, el raquis y el epigastrio, muy poco acusados y solo á la presión.

«Como tratamiento se le han administrado dos purgantes de aceite de ricino, antipiréticos y calomel á dosis fraccionadas. Todos han obrado al parecer de una manera favorable.

«Como verá el Sr. Presidente, hasta este momento nada hay en el estado del enfermo que nos autorice á pensar en un caso de fiebre amarilla, y aunque habría muchos síntomas para hacer presumir un catarro gástrico febril, sería todavía aventurado decidirse por este diagnóstico, que es, sin embargo, el que cuenta con mi mejor voluntad.

«*Parte del día 19.* Las dudas manifestadas en mi comunicación anterior respecto al diagnóstico del caso producido en este buque subsisten aún.

«Aunque no hay todavía ningún signo que pertenezca exclusivamente á la fiebre amarilla, el descenso brusco de la temperatura y una mejoría relativa de todos los síntomas observados hasta hoy, coincidien-

do con una coloración ictérica de las conjuntivas y los tegumentos de la cara así como una mayor sensibilidad de la región del estómago me pone en el caso de pensar en el término del primer período de esta dolencia y obligan doblemente mi reserva.

«Si estas alteraciones responden efectivamente á esta última presunción ó son la confirmación de mi primera opinión, es cosa que creo podré comunicar con certeza al Sr. Presidente en mi parte de mañana.

«*Parte del día 20.* El cuadro de síntomas descripto en mi parte de ayer y que yo presumía que podría atribuir al comienzo del período de localizaciones de la *fiebre amarilla*, se ha acentuado de tal manera, que ya no deja lugar á dudas. Los latidos dolorosos del epigastro son intolerables el color ictérico de las conjuntivas y de la piel de la cara, muy marcados; la disuria muy persistente, las cantidades de orina vertidas son insignificantes, muy cargadas y espesas; no he podido analizarla por falta de reactivos, pero por sus signos físicos puede casi asegurarse que contiene albúmina y elementos del tegido renal. La temperatura después de haber descendido hasta la cifra mormal ha vuelto á elevarse casi á la inicial. El pulso aunque frecuente, es pequeño y depresible, se han notado algunas estrías de sangre en un vómito oscuro habido en la noche pasada.

«Las cámaras son frecuentes, muy poco abundantes y oscuras. Se observan pequeñas manchas petequiales, diseminadas en todo el tegumento.

«Se vé claramente que nos encontramos en presencia de un caso de fiebre amarilla en el período de localizaciones y puede afirmarse *á posteriori* que los síntomas observados antes de ahora, correspondían perfectamente al primer período ó de reacción general.

«*Parte del día 21.* En la madrugada de hoy (3.40 a.m.) ha fallecido el segundo maquinista Antonio de Luyk que se encontraba enfermo á bordo de este buque.

«En el trascurso del día anterior ha podido observarse una rápida y progresiva agravación de todos los síntomas de la dolencia hasta la 1 a.m. de hoy en que se iniciaba el período agónico.

«El enfermo ha sucumbido con todos los síntomas de la uremia comatosa; una de las causas inmediatas de la muerte, más frecuente en la fiebre amarilla.

«El cadáver fué trasladado á Martín García á fin de hacérsele la autopsia.»

Esta fué practicada por el Dr. Nicolas Lozano, quien en comunicación telefónica al Departamento decía textualmente:— «Puedo asegurar que las lesiones anátomo-patológicas corresponden al diagnóstico de fiebre amarilla formulado por el Dr. Luque que asistió al enfermo».

IX

Un caso de fiebre amarilla á bordo del vapor francés «Medoc»

Este buque partió de Río Janeiro el 3 de Marzo y llegó á Buenos Aires el 14 del mismo.

El médico de abordo opuso algunas dificultades para que el Guarda Sanitario pudiera informarse detalladamente sobre el estado de un enfermo cuya existencia había negado á dicho empleado. Sin embargo este pudo reunir los suficientes datos para informar al Departamento que se trataba de un caso sospechoso.

En efecto, el 15, dos días después de iniciada la enfermedad, este sujeto tenía fiebre, vómitos biliosos, cefalalgía, raquialgía y diarrea; el 16 persistían los mismos síntomas añadiéndose una inyección conjuntival con lagrimeo, disminución de la secreción urinaria, mucha dificultad respiratoria y fiebre, oscilando la temperatura entre 38.4 y 39.7.

Con estos antecedentes el Departamento resolvió enviar al Dr. Federico Zavaleta, y los partes pasados por él, luego por el Dr. Moret, y por último los resultados de la autopsia, practicada por los Dres. Wenceslao Acevedo y Nicolás Lozano, concurren y completan esta interesante historia clínica.

Parte del Dr. Zavaleta del 17 de Marzo.—

Del examen que he practicado del enfermo **Emilio Vernaud**, francés, de 51 años de edad, casado, panadero á bordo del Vapor «Medoc», he podido constatar que está atacado de fiebre amarilla.

Dice haber sufrido al principio de su enfermedad un fuerte y único escalofrío inicial, fuerte cefalalgia, gran postración, raquialgia intensa, dolores en los miembros, sed, calor, anorexia.

Hoy su temperatura alcanza á 39°.1, su pulso es amplio, regular, fuerte y late 71 veces por minuto; la respiración llega á 20; la lengua roja en los bordes, es saburrosa en el dorso; ha tenido vómitos alimenticios y son ahora de un color rosa pálido sanguinolento; hay gran susceptibilidad epigástrica y se nota ya un poco de ansiedad; la piel es seca y de un color sub-ictérico; sus conjuntivas están igualmente teñidas; no se nota nada anormal del lado del hígado ni del bazo; sus orinas dan un fuerte precipitado albuminoso tratadas por el ácido nítrico.

Sin tiempo para ampliar el presente informe, creo poder asegurar ya al Sr. Presidente que se trata de un caso típico de fiebre amarilla.

Parte del 18 de Marzo. En los exámenes sucesivos que desde el día de ayer hasta el de hoy, he practicado al enfermo en asistencia á bordo del «Medoc», he podido observar el siguiente cuadro sintomático:

Día 17. $2^1/_2$ p.m. 70 pulsaciones por minuto, 25

respiraciones, piel húmeda sudorosa, postración general.—T 38 8.

5 p.m. 72 P.—22 R. piel seca, la cefalalgia aumenta.

Día 18—9 a.m. P. 70,—T. 38°.8, la respiración se ha calmado un tanto, el tinte sub ictérico se ha acentuado en la piel y en las conjuntivas, el estado saburral de la lengua es más marcado; ha habido insomnio, los dolores han disminuído, la laxitud y postración general continúan, los vómitos no se han repetido durante la noche; la sed es menos intensa; las orinas continuan siendo albuminosas sin que haya anuria.

Como verá el Sr. Presidente, por el cuadro anterior, ha habido una lijera remisión de algunos síntomas y sin que pueda asegurarse que ello sea permanente, no puedo ocultar que ha habido una ligera mejoría en el estado general del paciente.

Parte del Dr. Moret del 19 de Marzo: El resultado de mi primer examen verificado á las 7 p.m. del día de ayer al enfermo Emilio Vernaud, ha sido el siguiente:—

Día 8—7 p.m.—P. 80,—T. 38°.3, movimientos respiratorios algo acelerados, lengua ligeramente saburral, sin enrojecimiento de sus bordes; durante su permanencia en el Hospital desde las 2 p.m. hasta la hora de este examen no ha orinado ni defecado, habiéndose verificado estas operaciones varias veces durante la noche y primera parte del día, se-

gún sus contestaciones que son bastante rápidas, apesar del entorpecimiento y laxitud general que en el enfermo dominan; no se queja de dolor alguno, no ha habido vómitos á pesar de haber injerido pequeñas cantidades de caldo; piel caliente y seca, no pudiendo determinar su color en razón de la luz artificial que empleo dada la hora.

Día 19.—8 a.m. Pulso pequeño con tendencia á hacerse filiforme, cuento con todo 72 P.—T.38°. 8. —concentración de la circulación, piel seca, extremidades inferiores frías, no puedo reconocer tinte ictérico de la piel; movimientos respiratorios acelerados, lengua saburrosa, emisión bastante considerable de orina, pero inconciente, pues el enfermo dice no haberlo hecho y su cama está enteramente bañada; no se ha producido deposición, no ha habido vómitos; el estado general del enfermo es de una postración completa, hay sub-delirio.

Como verá el Sr. Presidente por lo que dejo expuesto, yo no me encuentro en condiciones de poder afirmar que se trate en este enfermo de un caso de fiebre amarilla. Agregando á lo dicho las deposiciones frecuentes líquidas y fétidas, los pequeños vómitos que el enfermo cuenta se han producido en el tiempo transcurrido, la presencia constante de la orina, la ausencia del color ictérico, la falta de hemorragias, tan frecuentes en estos casos, por las mucosas, y hasta por la piel, sobretodo en un individuo como este que tiene varias erosiones en

la piel y que lleva á más una pequeña herida del cuero cabelludo, producida por una caída según ha contado el enfermo, todo esto me lleva más bien á una conclusión contraria, afirmación que en conciencia debo hacer diciendo: que mi diagnóstico es que Emilio Vernaud se halla atacado de una *gastro enteritis aguda*, pronóstico actual gravísimo, siendo de temer la terminación fatal de un momento á otro.

El período agónico iniciado á la 1 p.m. lo llevó á la muerte 45 minutos después.

Acta de la autopsia

En el Lazareto de Martín García, el día 20 de Marzo de 1893 á las 4 y 45 p.m. los suscriptos, por orden del Departamento Nacional de Higiene, procedimos á la autopsia del cadáver de Emilio Vernaud, francés, casado, de 51 años de edad, panadero á bordo del Vapor «Medoc» fallecido el día 19 del corriente, á bordo del hospital «Doctor Rodolfo del Viso» á la 1 y 45 p.m.

Examen exterior:—Persiste la rigidez cadavérica en los planos musculares de los miembros inferiores y en los maseteros. Se notan á simple vista en el cadáver la carencia de los signos de una fuerte demacración: es más bien el de un hombre bien constituído. La piel de la cara, torax y abdomen tiene un tinte ligeramente cianico. Hay enfisema, localizado sobre todo, en las regiones del cuello, mamaria, hombros y cuero cabelludo; en este último el pelo está pegado á él por sangre desecada. Los párpados muy edematosos permiten, entreabriéndolos, ver

las conjuntivas de color blanco pálido y los pterigión y líquido lagrimal teñido de amarillo.

En las aberturas nasales, en los labios y barba, hay abundante cantidad de sangre seca. La boca está entreabierta, deja ver las encías coloreadas de amarillo y cubiertas de un barniz negruzco poco espeso. La lengua es pastosa, ancha y en el fondo de las fauces, coloreadas de un rojo oscuro, se nota la presencia de un líquido negruzco siruposo que tiñe los dedos. El cuello, torax y abdomen están manchados de sitio en sitio por un líquido color amarillo ocre. La piel del escroto, cubierta en su parte anterior de flictenas, tiene una coloración rojiza más acentuada en su cara posterior; la piel interna del prepucio es amarillosa. Se notan cantidad de pequeñas petequias de forma redondeada en la piel de la pierna, muslo y espaldas. Las manchas hipostáticas se extienden á todo el dorso, revistiendo la forma de arborizaciones en los hombros, brazos, costado del torax y estando salpicadas de sufusiones sanguíneas en el resto. Hay algunas flictenas, las que puncionadas dejan correr una serosidad sanguinolenta. Las incisiones de la piel demuestran extravasaciones sanguíneas en su espesor y en el tejido celular sub-cutáneo del tronco.

Examen de los órganos:—Cavidad craneana.—Levantada la calota se presenta la red venosa sanguínea engurjitada de sangre negra. Incidida la aracnoides en todo el lóbulo izquierdo se encuentra un espeso coágulo de sangre negra, poco consistente y la masa encefálica por debajo de ella algo anemiada. En el lóbulo derecho hay una congestión interna; en los varios cortes del cerebro se ve la misma congestión, pero menos acentuada. Hay pequeños exudados meníngeos. En los ventrículos y cerebelo, nada de particular.

Cavidad toráxica.—Las *pleuras* congestionadas sin sufusiones sanguinolentas.

Los *pulmones* y *bronquios*: muy adelantada la putrefacción en los primeros, solo notamos una congestión hipostática de las bases; en los segundos la congestión es intensa extendiéndose desde la laringe hasta las ramificaciones bronquiales que se han podido seguir.

Corazón: El panículo adiposo excesivamente desarrollado, el pericardio sin líquido, el miocardio descolorido, flácido, friables sus fibras; en el interior de los ventrículos se ven algunos coágulos fibrinosos; las aurículas y orificios aurículo-ventriculares, sin alteración; la aorta y gruesos vasos arteriales coloreados de rosa claro amarilloso.

El *estómago*, distendido por gases, contiene 50 gramos de un líquido negro, borra de café. La mucosa de aspecto grasoso por placas, presenta algunas arborizaciones vasculares, en el cardias gran curvatura y píloro; no se encuentran otros signos de inflamación, pero la sustancia negra ha impregnado de tal manera las paredes, que lavages repetidos han sido infructuosos para hacerlo desaparecer.

En el *duodeno* hay idéntica coloración á la anterior; no se nota otro signo apreciable.

Intestinos. Tanto el delgado como el grueso solo dejan ver algunas arborizaciones vasculares sin otros signos inflamatorios; contiene gases y el grueso abundante cantidad de materias fecales, semi-sólidas, negro verdosas, de olor sumamente fétido.

Riñones. El panículo adiposo muy desarrollado, el tejido friable y sumamente congestionado, deja escurrir al corte un líquido sero-sanguinolento.

La *vejiga*. Sin alteración apreciable en sus paredes, contiene 100 gramos de orina clara, la que analizada por el ácido nítrico y el calor, nos da un precipitado albuminoso. No existe la reacción de los pigmentos biliares.

Wenceslao E. Acevedo—Nicolás Lozano.

Los autores de la necropsia estudiando las alteraciones halladas se expresan en los siguintes términos:

«El conjunto de las lesiones anatómico-patológicas encontradas, corresponden á una afección infecciosa de carácter hemorrágico. Trátase, pues, de resolver cuál puede ser ella, para lo cual es necesario pasar en revista las enfermedades que, en un período corto de tiempo, evolucionan con una terminación fatal, dejando las huellas del presente caso.

«Desde luego se vé que no pueden corresponder á una enfermedad de origen palúdico como la *fiebre biliosa melanúrica*, ó la *remitente biliosa* que atacan siempre el bazo, produciendo su hipertrofia: lo hemos encontrado de volumen normal; por otra parte, estas dos afecciones estallan en individuos paludizados y que habitan zonas en las cuales la malaria es endémica, dos condiciones que faltan. Es de advertir que no tomamos en cuenta la cronología de los síntomas, ni la marcha de la afección que ha dado muerte á Vernaud, datos importantísimos que nos conduciría como las lesiones anatómicas, á excluir las referidas enfermedades.

«Viene enseguida la *tifoidea biliosa*, enfermedad de los climas fríos que ataca principalmente el bazo produciendo su aumento de volumen; ya consignamos que es normal, que sigue una marcha completamente distinta y dura mucho más tiempo

del observado en el caso en cuestión. Queda también eliminado.

«En cuanto á la *hepatitis propiamente dicha* y á la *icteria grave* ó *atrofia amarilla aguda del hígado*, no puede tampoco pensarse sean las causas productoras de la enfermedad y muerte, desde que no se han encontrado la ictericia profunda, ni la reacción de los pigmentos biliares como su consecuencia, ambos carácteres que priman en las citadas afecciones, como que atacan profundamente el tejido hepático. También la evolución que siguen, comparándola con el caso en estudio, nos llevarían á una perfecta diferencia.

«El tifus á recaídas no merece mencionarse por ser enfermedad de una zona climática distinta á la que ha recorrido el vapor «Medoc».

«Quedan, pues, en tela de juicio, los dos diagnósticos formulados en la Rada: *gastro enteritis aguda* y *fiebre amarilla*.

«Para mayor abundamiento, reconstituímos el cuadro clínico presentado por Vernaud y que es el extracto de los partes pasados al Departamento por los tres médicos que lo han asistido.

Datos del médico del buque.—Día 16 de Marzo 1893—Temperatura 38°, lengua saburral—cefalalgia poco intensa dolores vagos en los miembros —evacuaciones regulares— sin vómitos— Se le prescribe un purgante del que vomita parte—A *me-*

diodía temperatura 39°.5; á las 3 p.m. 39.7 á las 9 p.m. 39°.5.

Día 17—7 a.m.—T. 38°. 5—tomó dos huevos que volvió—orinas albuminosas—inyección de las conjuntivas.

Dr. Federico R. Zavaleta—Día 17—Antecedentes recogidos, al principio fuerte y único escalofrío—cefalalgia intensa, postración—dolores en los miembros—T. 39°. 1. P. 71 por minuto, amplio, fuerte, regular—lengua saburrosa al dorso, rojos los bordes—vómitos alimenticios, posteriormente rosados sanguinolentos—orina albuminosa—gran susceptibilidad epigástrica; 2 p.m. P. 70—R. 25, T. 38°. 8;—5 p.m. P. 72—R. 22—mayor cefalalgía—día 18 9 a.m. P. 70—T. 38°.—lengua más sucia—mayor laxitud y postración—orina albuminosa.

Dr. Teófilo A. Moret á bordo del «Dr. Rodolfo del Viso» día 18, 7 p.m—T. 38°. 3—respiración acelerada, lengua poco saburral sin coloración roja en los bordes; según el enfermo ha orinado y defecado la noche anterior—sin vómitos—Día 19, 8 a.m. pulso pequeño tendencia á filiforme, 72 pulsaciones—temperatura 38.°8—extremidades inferiores frías—sin tinte ictérico de la piel—respiración acelerada—lengua saburral—sub-delirio—postración suma—se orinó en la cama—Inicióse el período agónico á la 1 p.m. falleciendo á la 1.45 p.m.

Es indudable que los procesos patológicos con

asiento en el aparato digestivo y dependientes de un estado catarral agudo y grave, se manifiestan á la autopsia por un conjunto de lesiones que son precisamente las que faltan en Vernaud.

No se puede pensar en una afección gastro intestinal intensa que durando cuatro días no deje en los órganos afectados, rastros inflamatorios que la pongan en evidencia. Tan solo puede explicarse esta falta de signos en uno de esos casos fulminantes que matan sin dar tiempo á la producción de lesiones anatómicas palpables, casos que deben imputarse á las complicaciones del lado del cerebro y que no revisten la sintomatología observada.

Además la pluralidad de las lesiones anatómicas descriptas, concordantes con los síntomas principales apuntados, no encuadran en los propios á una afección aguda ni infecciosa del aparato digestivo, y sí en los trastornos causados por las infecciones graves con localizaciones en él.

Opinamos en consecuencia que Emilio Vernaud ha fallecido de fiebre amarilla, perfectamente caracterizada, y en el segundo período de la afección.

Wenceslao E. Acevedo—Nicolás Lozano.

X

Un caso de fiebre amarilla á bordo del vapor francés «Río Negro»

Este vapor salió de Río el 20 de Marzo y llegó á este puerto el 6 de Abril. Como el Departamento tenía noticia de existir un enfermo á bordo, encomendó al Dr. Nicolás Lozano la visita del navío así como de sus enfermos, á fin de informar sobre la naturaleza de la enfermedad, para proceder en consecuencia.

Como las comunicaciones dirigidas al Departamento son bien claras respecto de la observación clínica del caso, copiaremos á continuación lo pertinente.

Parte del día 6.—Cumpliendo las instrucciones recibidas, me embarqué á bordo del «Río Negro» que llegó á la 1 p.m. y procedí á verificar la inspección del buque en la forma siguiente: —Examinadas las patentes resulta: que el vapor salió del Havre con patente limpia el 27 de Febrero, conduciendo 55 pasajeros de cámára, 74 de proa y 61 tripulantes. Hizo escalas en Santa Cruz de Tenerife el 6 de Marzo, dejando un pasajero; en Río, el 22, donde desembarco 7 pasajeros de clase, los 74 emigrantes y *3 hombres de tripulación enfermos*, teniendo que permanecer 5 días en la rada y 3 en el dique, y por último, llego á Montevideo el 14 del corriente dejando un pasajero de cámara, *4 tripulan-*

tes enfermos en el Lazareto de la Isla de Flores. Tomó práctico, embarcándose dos guardas sanitarios y 10 estivadores. Actualmente existen á bordo 46 pasajeros de clase, 54 tripulantes, 10 estivadores, 3 guarda sanitarios y el que suscribe. Total 115 personas. La patente de sanidad de Montevideo está acompañada del billete sanitario internacional que consigna son *casos de fiebre amarilla los 4* enfermos desembarcados en el Lazareto, y que además continúa viaje otro atacado de la misma afección.

El diario clínico registra una defunción producida en un inmigrante, el día 13 de Marzo por lesión orgánica del corazón, 9 días antes de la llegada al Brasil. En el puerto de Río, el día 30, hay la siguiente anotación:—«*Los llamados Bloch-Lefibre*, *marineros* y *Morni*, *grumete*, habiéndose quedado al sol á pesar de nuestras recomendaciones, sufren de cefalalgía y han sido desembarcados inmediatamente.»—El 1º de Abril, ya en viaje se hace constar la enfermedad de un foguista, diagnosticada de *embarazo gástrico sin fiebre*, el día 3 son atacados de *embarazo gástrico sin fiebre* 3 tripulantes más Son estos cuatro últimos, los que han sido desembarcados en el Lazareto de la Isla de Flores y diagnosticados allí de *fiebre amarilla.*

El Dr. Lozano solo observó un enfermo levemente atacado desde el día anterior (5 de Abril) con dolor lumbar no muy intenso.

Este individuo suministró los siguientes datos:

Francisco Quequiner, de 29 años, mozo de cámara y francés; soltero, de temperamento sanguíneo y buena constitución, refiere como antecedente patológico de importancia, el haber sufrido, desde hace 4 años, de accesos de fiebre intermitente contraídos en la América Central que le duraban uno ó dos días, durante el tiempo que viajó en la carrera de Saint-Nazaire á Colón. Esta enfermedad la ha tenido con grandes intervalos y hace seis meses que no lo molestaba; han transcurrido dos años desde que abandonó aquella línea de navegación. Fuera de esto nó ha guardado cama sino á la edad de 10 años por una fiebre que le duró un mes, probablemente la fiebre tifoidea.

En la mañana de ayer ha trabajado hasta las 11 a. m. y dice que á medio día sintió un fuerte escalofrío, gran curvatura y una cefalalgia, que le obligaron á abandonar el servicio. Constató una coloración roja en toda la piel —verdadero rash— ojos lagrimeantes, poca reacción de las pupilas, epigastrialgia, mayor intensidad de rubicundez en el escroto, dolor á la presión en la región renal y lumbar, lengua poco saburrosa, hígado y bazo, normales á la percusión, temperatura 39°.1, pulso fuerte, rebotante — 130 pulsaciones por minuto — orina febril.—Se le administró un gramo de calomel en dos dosis.

4 p. m. T. 39°.4, P. 114. A las 5 p. m. tiene vómitos después de haber tomado caldo.

9 p. m. La misma temperatura y pulso. Se le administraron 25 gramos de sulfato de soda que le produce vómitos, los últimos son biliosos. Además se presentan petequias en varios puntos de la parte anterior del abdomen y piernas.

11 p. m. Toma otra dosis de sulfato de soda—25 gramos, que son retenidos. Durante la noche ha tenido vómitos biliosos, á las 3 a. m., y 4 deposiciones.

Día 7, 8 a. m.—El enfermo manifiesta encontrarse algo mejorado sin que desaparezcan los dolores y curvatura del día anterior. El rash ha disminuído mucho. La temperatura es de 38°6, pulso 92.

1 p. m. T. 38°.8.—P. 102. Ha tenido vómitos, los últimos algo sonrosados. Analizada la orina por el calor, dá un precipitado. No es posible controlar la existencia de la albúmina, por el ácido nítrico, por no haber esta sustancia á bordo.

Como no se han presentado los síntomas de un acceso franco de fiebre intermitente, y, al contrario, el cuadro sintomatológico indica una afeccion general febril, de tendencia hemorrágica, que no puede ser sinó una enfermedad infecciosa, creo se trata de un caso de fiebre amarilla.

Día 8.—Ha tenido un movimiento de vientre. A las 6 p. m. se dispone darle todas las bebidas heladas en vista de la persistencia de los vómitos.

9 p. m. Continúa lo mismo sin que se presenten

otros síntomas. T. 39°—96 pulsaciones, menos fuerte la onda sanguínea.

Día 9.—4 a. m. Se produce otra deposición. 8 a. m. T. 38°.7,—P. 92. El rash ha casi desaparecido, subsistiendo la coloración del escroto; los síntomas del día anterior no tienen tanta intensidad, exceptuándose la intolerancia gástrica que continúa sin variación, y los vómitos son siempre biliosos con lijera coloración sonrosada.

12 m. La temperatura es de 38°.3, 88 pulsaciones. Las orinas son de un color negruzco, lo mismo que la deposición que ha tenido. No he practicado el análisis de las primeras por falta de elementos.

Hasta este momento el enfermo se encuentra en el primer período de su afección, y su estado general no dá aún motivo á formular un pronóstico serio.

A las 6 de la tarde del día 9 se trasladóse el enfermo al Hospital «Rodolfo del Viso.»

Los partes del médico del Hospital solo se concretan á confirmar el diagnóstico y á anunciar la muerte ocurrida el 12 á las 6 a. m. La enfermedad duró siete días.

La autopsia del cadáver de Quequiner, practicada por el Dr. Otero, confirmó la opinión de los doctores Moret y Lozano.

XI

Caso de fiebre amarilla producido en el Lazareto entre los cuarentenarios (fallecido)

Enrique Nougues, de nacionalidad francesa, casado; de 50 años de edad, procedente del Havre, pasajero de segunda clase del vapor francés «Río Negro», se declaró enfermo en este Lazareto, el día 13 de Abril á las 9 p. m.

Preguntado de qué se sentía afectado dijo: que había comido con buen apetito, pero excesivamente, la noche del día anterior, que después sintió mucha pesadez en el estómago, algo de dolor de cabeza y malestar general; no tenía fiebre en el momento del reconocimiento. Le administré un purgante de calomel el cual le produjo á las dos horas abundantes vómitos alimenticios. Después dijo que se encontraba enteramente bien y que habiendo desaparecido el dolor de cabeza y sintiéndose tan solo algo débil, esperaba que al día siguiente y después del descanso necesario se podría levantar.

Día 14—Lo visité á primera hora sin encontrar en el individuo nada de particular, le pregunté por su estado y me contestó que se encontraba enteramente bien y por lo tanto después del medio día pensaba levantarse. Trascurrió la mayor parte del día sin novedad hasta que á las 4 p. m. fuí informado

por el Guarda que el enfermo no había abandonado el lecho, acudí á su cuarto, le interrogué y le reconocí nuevamente sin resultado, pues únicamente pude apreciar 38° de fiebre; sin embargo, adquirí el convencimiento de que el enfermo me ocultaba sus dolencias y ordené al Guarda le vijilase atentamente á fin de constatar si había vómitos, diarrea, etc.

Día 15—El Guarda Sanitario me avisó esta mañana á primera hora que el enfermo había tenido á media noche el primer vómito bilioso continuando estos con intervalos y que además había tenido dos deposiciones diarréicas abundantes.

Examiné nuevamente al enfermo. Su temperatura era normal, tenía algo de dolor de cabeza, mucha sed, poca orina y nada de ictericia; decía no sentir nada de raquialgía, ni ansiedad epigástrica, ni ningún otro síntoma particular.

En seguida ordené su traslación á la enfermería de aislamiento, quedando el enfermo, guarda sanitario y yó con el resto del personal, aislados de los demás cuarentenarios, en las condiciones de rigor que permite este Lazareto.

A las 10 a.m. el enfermo tuvo vómitos abundantes de color oscuro con precipitado de partículas morenas, gran abatimiento, *ausencia de cefalalgia*, *raquialgía*, ansiedad *epigástrica*, *fiebre* y *latidos celíacos*—Hay anuria.

12 m. Gran debilidad y postración, no hay fiebre,

continuan los vómitos, subsisten los demás síntomas, más ligera ictericia de los tegumentos.

2 p. m. Conjuntiva inyectada é ictérica, ojos hundidos, cara congestionada, lengua saburrosa y pastosa, subdelirio, sensación de fuego en el exófago, región epigástrica dolorida á la presión; subsisten los anteriores síntomas; hay fiebre (38° 2[10)

4 p. m. Aumenta la fiebre (39°)--hay delirio, gran abatimiento y postración, ansiedad, una deposición poco abundante, acompañada de 15 gramos de orina muy albuminosa; continuan los vómitos casi sin interrupción.

6. p. m. Temperatura (39 6[10)—subsisten todos los síntomas, 8 p. m.—Inteligencia alterada y estu por. Repítense los vómitos característicos.

10 p. m. Gran delirio; respiración anhelante (27 respiraciones por minuto), mucha sed, temperatura 39°8[10.

Día 16—2 a. m. Continuan los síntomas anteriores. 6 a.m.—Temperatura 36°4[10, gran adinamia, se ha producido un enfriamiento rápido, negándose el enfermo á tomar todo alimento y remedio.

10 a. m.—Ictericia general, gran sensibilidad epigástrica, anuria completa, los vómitos cada vez más abundantes toman el aspecto de la brea, con gran fetidez.

3 p. m.—Recrudecen todos los síntomas, principia el período agónico y todo hace presumir un desenlace fatal. Los vómitos se repiten sin interrup-

ción conservando el mismo carácter. Hay epistasis y hemorragia del oído derecho, más dos deposiciones de sangre líquida. La ansiedad general es extrema manteniendo al enfermo en constante agitación al extremo de arrojarse por tres veces de la cama.

Permaneció en este estado hasta las 8 p.m., hora en que tuvo un fuerte vómito de sangre líquida, produciéndose un enfriamiento rápido y sucumbiendo en seguida. (Observación del Dr. Otero.)

XII

Ocho enfermos de fiebre amarilla á bordo del vapor portugués «Alice»

Este navío salió el 8 de Mayo de Santos y llegó á Buenos Aires el 15 del mismo.

Este navío traía ocho enfermos de los cuales siete con fiebre amarilla, según resulta del parte del doctor Nicolás Lozano cuyo extracto consigno á continuación. Desde la partida de Santos ha tenido hasta la fecha 8 enfermos, produciéndose cuatro defunciones.

Los datos, tomados de los pacientes, del Comandante y de las familias de los extintos, son los siguientes:

Enfermo 1º **Salvadora Reon J. de Fontamillas**, 41 años, casada, española, (natural de Canonja, Ta-

rragona) enfermóse el día 11 á la noche, con escalofríos, fiebre, cefalalgia, raquialgia y vómito negro finalmente, falleciendo el 13 á las 12 p. m. Se embarcó en Santos.

2° **Perfecto Primo,** italiano (milanés) de 19 años, marinero, fué atacado el mismo día con iguales síntomas y murió el 14 á las 10 a. m.—También procede de Santos.

3° **Rafael Guilli,** de 15 meses, natural del Brasil, falleció el 14 á las 2 p. m. La madre, María Mendizábal, refiere que convaleciente ella de fiebre amarilla, no podía amamantar á su niño y atribuye la muerte de éste á la inanición.

Estos tres cadáveres se encontraban ya colocados en un bote, amarrado á popa, y han sido en la madrugada de hoy llevados á Martín García por los doctores Zavaleta y Otero para proceder á la respectiva autopsia y cremación.

La 4ª enferma llamábase **Salvadora Fontanillas;** de 19 años, hija de la primera paciente y de la misma nacionalidad. Se enfermó el día 12 con igual sintomatología de la madre. La encontré en el período agónico, comatoso y acabó por fallecer á las 11 a. m. con el cuadro completo de la fiebre amarilla. Este cadáver será conducido por el mismo vapor «Alice» al Lazareto de Martín García.

5° caso—**Concepción Bassell,** de 24 años, casada, española, (de Barcelona) principió á sentirse enfer-

ma el día 10, con cefalalgia, raquialgia, sensibilidad é intolerancia gástrica.

Actualmente se encuentra en el primer período del tifus icteroide, manifestándose ya el carácter hemorrágico de la enfermedad en las cámaras y vómitos. Tiene 40° de temperatura, albúmina en las orinas. Esta enferma se resiste tenazmente á bajar al Hospital «Dr. Rodolfo del Viso» si no es acompañada de dos hermanos que la asisten. En virtud de esta negativa permitiré la acompañen, teniendo en cuenta que estas personas no pueden estar más expuestas al contagio que los que están á bordo. Procede de Santos.

6° caso—**Manuel Esteves,** de 20 años, español, natural de Armoja, provincia de Orense; labrador. Se siente indispuesto desde el día siguiente de la partida de Santos donde se embarcó y presenta un lijero tinte sub-ictérico, albúmina en las orinas, 38° de temperatura, postración general.

Los datos subjetivos son idénticos á los que he descripto en los enfermos anteriores y por la precipitación con que hago este informe no los detallo. Diagnóstico, fiebre amarilla.

7° paciente—**Margarita Rigone,** de 28 años, italiana, (de Padua) casada, costurera, embarcada en Río Está enferma desde el día 10, habiéndose desarrollado la afección, según la descripción que me ha hecho, con la cronología de síntomas correspondientes á la forma benigna de la fiebre amarilla.

Actualmente está sin fiebre, con albúmina en las orinas y la postración propia de la convalecencia.

8° enfermo—**Stephen Sahtford**, inglés, de 45 años, casado, primer maquinista de á bordo. Ha sido atacado ayer con fuerte cefalalgía, raquialgia, epigastralgia é intolerancia gástrica. Tiene 40° de temperatura, orina albuminosa, insomnio, encontrándose en el primer período de la fiebre amarilla.

9° enfermo—El mismo día 16 dió parte de enfermo el mayordomo del buque **Augusto César de Silva**, portugues, de 42 años, casado. Los síntomas que presentaba á las 7 p. m. eran los siguientes: cefalalgia, raquialgia, dolor y ansiedad epigástrica, dolor á los miembros inferiores, 39° de temperatura, 98 pulsaciones, rash generalizado, manifestando sentirse indispuesto desde el día anterior en que tuvo un violento escalofrío, sucediéndose después la postración y dolores que lo han obligado á guardar cama. Le ordené un purgante. En la mañana del 19 los síntomas apuntados disminuyeron mucho de intensidad y ha continuado mejorándose paulatinamente hasta hoy en que puede considerarse fuera de peligro.

Todos estos casos con excepción de la niña de 15 meses en quien la autopsia reveló un abceso del hígado, eran de fiebre amarilla.

El 5°, 6°, 7° y 8° trasportados al Hospital «Doctor Rodolfo del Viso» fueron clasificados también

por el Dr. Moret como enfermos de fiebre amarilla, llegados al 2° período. El primero de ellos entró en convalecencia el día 30, el segundo el 24, el tercero el 21 y el cuarto falleció el 19.

El último enfermo, el 9° de la serie, curó también y solo tuvo una forma abortiva de fiebre amarilla.

Las autopsias corroboraron el diagnóstico de los fallecidos en la travesía y en el Hospital, consignando solo aquí la de Stephens Shatford y la de Perfecto Primo.

«Stephens Shatford.—Hábito externo: había icteria en la región del torax, en las conjuntivas, en las piernas, en la cara inferior de la lengua y en la cara interna de los carrillos; las manchas hipostáticas y sufusiones sanguíneas se mostraban en los planos declives y también en la frente y partes anteriores y posteriores del cuello; el escroto y la piel del pene estaban fuertemente eritematosas.

·«Aparato dijestivo: el estómago no estaba distendido por gases: tenía hemorragias puntiformes esparcidas en toda la extensión de sus paredes, notándose también lesiones catarrales intensas del lado de la mucosa; su contenido no era típico: no era negro; no era untoso al tacto; no era color borra-tinta ó de residuo de café, y sí de color gris-perla ó té con leche.

«El intestino delgado mostraba lesiones catarrales en casi toda su extensión; habiendo en sus porciones terminales, del mismo modo que en el intestino grueso, una cantidad relativamente poco considerable de líquido melánico.

«El hígado era de volumen normal, de color amarillo pajizo, de mayor consistencia, estaba anémico y en completa degeneración grasosa.

«Notábase una sola adherencia entre el lóbulo derecho y la pared abdominal. Esta se encontraba fuertemente cargada de equimosis.

«La vesícula biliar no estaba completamente llena: su contenido era una mezcla de bilis con otra muy pequeña cantidad de sangre.

«Aparato circulatorio:—El corazón muy reblandecido y con sus cavidades ocupadas por coágulos sanguíneos, mostraba su endocardio intacto y una degeneración grasosa completa de sus paredes. Nada notable se encontró en el pericardio. La sangre no era claramente negra y difluente.

«Aparato respiratorio:—Las mucosas laríngea, traqueal y bronquial estaban congestionadas; los pulmones estaban igualmente hiperemiados, sobre todo el derecho, que carnificado y adherido á la pleura correspondiente, también estaba poblado de pequeños focos hemorrágicos en toda su extensión. El pulmón izquierdo, enfisematoso y congestionado, estaba fuerte y regularmente cargado de carbón respiratorio.

«En el aparato urinario se encontró á la vejiga con lesiones catarrales, vacía, con las paredes fuertemente retraídas y algo grasosas.

«En definitiva: La degeneración esteatógena del corazón é hígado, la icteria bien marcada, las lesiones hemorrágicas múltiples señaladas, las alteraciones de la vejiga con su retracción absoluta que hace suponer la anuria y los demás signos anátomo-patológicos encontrados en la autopsia, demuestran que Steven Shatford, ha muerto atacado de *fiebre amarilla*.

El cadáver de Perfecto Primo presentó á la autopsia como lesiones anátomo-patológicas, las siguientes:

«Color ictérico de los tegumentos; rigidez cadavérica aun persistente; manchas hipostáticas; placas equimóticas; hemorragia acentuada del tejido celular y de los músculos, cuyo color oscuro era pronunciado.

«Aparato digestivo:—Notábase en este aparato las alteraciones más acentuadas: el estómago contenía gases, más el líquido sanguinolento tipo de los vómitos; la mucosa de los intestinos delgados y gruesos estaba tumefacta y con erociones en su superficie.

«El hígado de volumen normal, de color amarillo pálido, tenía su serosa completamente equimosada; la vesícula biliar contenía sangre y bilis mezcladas. Además se observó el corazón grasoso, focos hemorrágicos pulmonares, placas equimóticas en la pleura. Bazo normal.

«Vejiga vacía y completamente retraída. Riñones, infiltrados de sangre y con su sustancia cortical tumefacta y aumentada en espesor; sangre negra y difluente.

«En definitiva: el carácter hemorrágico de las lesiones, la degeneración esteatógena de órganos importantes y demás signos señalados en el cuadro precedente, nos autoriza para declarar que Perfecto Primo ha muerto de fiebre amarilla.»

XIII

Vapor portugués «Cidade do Porto»

Salió de Río de Janeiro el 2 de Junio y llegó á Buenos Aires el 9 del mismo.

Del parte del Dr. Otero, consta lo siguiente: que á las 9 de la mañana del día 10, fué avisado por el Comandante del buque, que hacía cuatro días tenía enfermo á uno de sus camareros, y en consecuencia había resuelto hacerlo venir á su cámara á objeto de someterlo á un reconocimiento médico.

«Momentos después se presentó el individuo al cual después de un ligero examen, le sometí al interrogatorio de práctica. Me comunica llamarse **José Gonçalves Souza**, de 47 años de edad, de estado casado, de nacionalidad portuguesa, de profesión camarero y en la actualidad prestando sus servicios en el vapor «Cidade do Porto».

«Díceme que dicho vapor había estado anclado 10 días en el puerto de Río Janeiro antes de su salida para Buenos Aires y que durante ese tiempo tuvo ocasion de bajar á tierra con frecuencia y visitar ciertos lugares, en donde según sus informes, habían ocurrido algunos casos de la fiebre del país».

«Manifiéstame además que hacía 4 días y en una noche después de concluir sus obligaciones ordinarias, se sintió enfermo con un grande escalofrío, acostándose en seguida; después sufrió fuerte dolor de cabeza y calor en todo el cuerpo y desde entonces permaneció en la cucheta hasta la fecha, sin acusar otra novedad que un malestar general, abatimiento y ninguna disposición para el trabajo.»

«En la noche anterior á la mañana en que efectué

mi primer examen volvió á sentir los mismos escalofríos, presentándosele en seguida frecuentes vómitos alimenticios, gran dolor y ansiedad en el estómago, sudores fríos, dolores en las piernas y los brazos, á más una ansiedad inexplicable para él y que era muy notable en los momentos del reconocimiento.»

«Le ordené inmediatamente y de acuerdo con el Comandante que se instalará en un departamento completamente separado del resto de la tripulación pasando yo en seguida á verificar un examen más detallado en el enfermo.»

«*Observación.*—11 a. m.—El individuo presenta el siguiente conjunto de síntomas: sudor frío en toda la piel, gran ansiedad y dolor en la región epigástrica é hipocondrio derecho, exacerbándose á la presión, latidos celiacos, aumento notable del hígado, ictericia muy marcada en las conjuntivas, temperatura inferior á la normal, pulso pequeño é irregular (112 pulsaciones por minuto) respiraciones 28, lengua saburrosa y pastosa y vómitos frecuentes constituídos por materias biliosas. En este momento y á instancia mía pudo emitir hasta 15 gramos de orina turbia, de color amarillento-rojizo y con depósitos. Esta pequeña cantidad de líquido fué analizada después, acusando la presencia de albúmina.»

«Fué sometido el enfermo á un tratamiento opor-

tuno, redoblándose todas las medidas ya dictadas con respecto al aislamiento.»

«3 p. m.—Las nauseas y los vómitos se han repetido con mucha frecuencia, conservando estos casi los mismos caracteres; persisten todos los síntomas ya mencionados, aumentando muy particularmente la ansiedad epigástrica. El termómetro en este momento acusa 36°5; la frialdad de la piel es intensa, encontrándose el individuo en una gran postración.

«6 p. m.—Continuan los vómitos siempre en abundante cantidad, unas veces espontánea y otras producidos por la ingestión de cualquier medicamento ó sustancia alimenticia; hay mucha sed.»

«10 p. m.—En este momento la ansiedad y dolor en el epigastrio se hacen intolerables; los vómitos se repiten á pequeños intervalos y son compuestos de un líquido de color verde oscuro con precipitado de estrías morenas. La postración es extrema y la temperatura desciende hasta 36°3; el estado general del enfermo es gravísimo.»

«Dia 11.—3 a. m. El enfermo se agrava por momentos, los vómitos se suceden continuamente, saliendo las materias del estómago sin necesidad del menor esfuerzo.»

«6 a. m.—En estos momentos renacen un poco las fuerzas del enfermo, sin embargo, los vómitos no cesan, presentándose á estas horas con todos los caracteres típicos de los de la fiebre amarilla. Hay

gran raquialgia. He sometido al enfermo á un tratamiento tónico-exitante enérgico en la esperanza de poder aún obtener un buen resultado.»

«8 a. m.—Continúa en las mismas condiciones. Después de las 11 de la mañana del día anterior, no ha vuelto á producirse ninguna cantidad de orina.»

«10 a. m.—Aparece en este instante un enfriamiento repentino, falleciendo el individuo momentos después.»

«En virtud del cuadro sintomatológico presenciado por mí en estas 24 horas, y teniendo en cuenta además la procedencia del individuo y los antecedentes suministrados por él y por las personas que lo acompañaron desde los primeros instantes de su enfermedad, creo que José Gonçalvez ha fallecido de fiebre amarilla, al principio de su segundo período ó de localización.»

«Practicada la autopsia del cadáver del citado José Gonçalvez, ha dado como resultado el siguiente cuadro anatomo-patológico.

«Rigidez cadavérica anticipada é ictérica generalizada, no solo en la conjuntiva, (única que fué notada en vida) sino también en todos los tegumentos; algunas manchas hipostáticas aparecieron en los planos dorsal y laterales del cuerpo, más un poco de eritema en el escroto.

«Cavidad cefálica: abierto el cráneo, nótase una fuerte hiperemia de las membranas meníngeas, acompañada de infiltración sero-sanguinolenta del tejido sub-aracnoideo sin ninguna otra lesión digna de mencionar.

«Torax.—La pleura con una ligera extravasación de líquido amarillento-rojizo; los pulmones se hallaban equimosados en su superficie con más algunos focos sanguíneos en el interior de su parenquima; el derecho ofrecía fuertes adherencias á las paredes del torax. El corazón hallábase aumentado de volumen, blando y repleto en sus cavidades derechas de sangre líquida sin coágulos.

«La lesión más importante de este órgano y á la vez más manifiesta era una notable degeneración grasienta de sus tejidos. En el pericardio aparecían todos los signos de una pericarditis con darrame, su tejido se hallaba alterado por la fluxión de sus vasos y estas hiperemias eran acompañadas de algunas equimosis y aun extravasaciones sanguíneas. Una gran cantidad de exudado de color amarillo cetrino y transparente ocupaba libremente la cavidad del pericardio.

«Abdomen.—El estómago estaba distendido por gases y por un abundante líquido de color verde oscuro con precipitado de partículas morenas; su mucosa tomentosa, fuertemente hiperemiada y de un color gris pálido, ofrecía en conjunto todas las lesiones características de un catarro gástrico intenso. Los intestinos delgados y gruesos vacíos, no presentaban otra alteración de importancia que un ligero estado catarral de su mucosa.

«El hígado algo aumentado de volumen presentaba en la hoja peritoneal que lo cubre equimosis; la cara anterior de la glándula era de color rojo amarillento y su consistencia estaba aumentada; ofrecía además notable degeneración. grasienta.

«La vesícula biliar se hallaba distendida por una buena porción de bilis y sus conductos perfectamente permeables.

«El bazo en su estado normal.

«Los riñones tumefactos, turgescentes, infiltrados de sangre y muy cargados de grasas. La vejiga inflamada, reco-

jida, conteniendo solamente algunos gramos de orina turbia, espesa, gomosa.

«La serosa peritoneal á igualdad de la pléurica y pericardíaca contenía también un poco de derrame con los mismos caracteres que las de éstas.

«La sangre contenida en el cerebro, corazón y sus grandes vasos y focos hemorrágicos de los pulmones, era negra, disuelta y con coágulos sanguíneos.

«En resumen, teniendo en cuenta la excesiva y bien manifiesta esteatosis del corazón, hígado y riñones, la ictericia general de los tejidos y tegumentos, el carácter especial de las lesiones abdominales, si bien en éstas no predominaba precisamente el carácter hemorrágico, la existencia bien comprobada de uremia, las alteraciones de la sangre y las demás lesiones anátomo-patológicas unidas al cuadro sintomatológico presenciado en las 24 horas que tuve ocasión de observar al enfermo, me creo en el caso de afirmar que el citado José Gonçalvez ha fallecido de fiebre amarilla en su forma urémica y en su segundo período.»

CAPÍTULO X

Estudio clínico de los casos de fiebre amarilla producidos en los vapores procedentes del Brasil, durante el viaje ó después de su llegada al Puerto de Buenos Aires.

SUMARIO.—I. Estudio clínico de dos casos de fiebre amarilla abordo del «Tagus».—Antecedentes y condiciones del navío durante el viaje hasta los puertos del Plata.—El primer enfermo se produce en un sujeto embarcado en Río Janeiro 24 horas antes.—Modo de principio y síntomas del período de invasión (fiebre, postración, raquialgia).—Marcha de la enfermedad.—Los síntomas gástricos, del aparato renal y las hemorragias se pronuncian al cuarto día y coinciden con un descenso notable de la temperatura, que es transitorio.—Vacilaciones sobre el diagnóstico.—Nuevos síntomas que aparecen al quinto día de la enfermedad (ictericia, pirosis, ansiedad epigástrica, recrudecencia térmica, etc.) y que la ilustran sobre su verdadera naturaleza.—Muerte.—Necropsia.—Segundo caso observado abordo del mismo buque y originado de un modo evidente por contagio del primero.—Analogía en los síntomas de invasión.—Síntomas gastro hepáticos y renales.—Atenuación de los síntomas en la mañana del cuarto día y reagravación notable por la tarde en que se manifiesta la ictericia y las hemorragias intestinales.—Temblor general, sudores copiosos.—Segunda atenuación de los síntomas y mejoría visible del enfermo al octavo día para recaer en seguida con accidentes febriles de desarrollo violento, que lo llevan á un desenlace fatal en pocas horas.—Autopsia.—II, III, V, VII, Historia clínica de los casos de fiebre amarilla observados abordo del Lazareto Flotante «Dr. Rodolfo del Viso» y originados en el vapor «Guellivara».—IV, XIII, XIV. Idem de los enfermos procedentes de la barca «Progreso Argentino».—VI, XI, X, XV. Idem de los casos de la barca «Gerda».—VIII, XI, XII. Idem de los enfermos del vapor «Porteña».

I

Observación de dos casos de fiebre amarilla abordo del vapor «Tagus» (fallecidos)—Autopsias.

Los casos de fiebre amarilla producidos en este vapor son los primeros de la larga serie que se observaron en Buenos Aires en el año 1894.

Este navío de la compañía Mala Real Inglesa, había salido de Southampton el 28 de Diciembre de 1893, con destino á Buenos Aires.

El 15 de Enero á las 8 a. m., hallándose en el puerto brasilero de Bahía, recibió á su bordo al Inspector Sanitario Argentino Dr. Carlos Omnes, quien inmediatamente empezó á dar cumplimiento á las disposiciones del Reglamento Sanitario.

El «Tagus» antes de arribar á Bahía había hecho escala en Pernambuco, y después se detuvo en el puerto de Río Janeiro y Montevideo. En todos estos puertos fué admitido en libre plática, menos en el último, donde efectuó sus operaciones en cuarentena.

En Río Janeiro permaneció 44 horas recibiendo allí pasajeros y carga. El día 20 de Enero, á las 5 1/2 a. m., abandonó definitivamente este puerto dirigiéndose al Río de la Plata. La última comunicación con tierra tuvo lugar el día anterior 19, á las 10 de la noche. En ese día la mortalidad por fiebre amarilla en Río había sido de 9 individuos. El cargamento tomado consistía en tabaco y café, rehusándose de exprofeso el capitán á proveerse de agua, carbón y víveres. La ropa de los pasageros nuevamente embarcados, sufrió como la de los anteriores, una prolija desinfección en la estufa de Geneste y Herschel.

Todos estos datos constan en el informe detallado pasado por el Dr. Omnes al Departamento

Nacional de Higiene y pueden servir como de antecedentes para juzgar de las circunstancias que precedieron al desarrollo de la enfermedad, cuya verdadera naturaleza fué en un principio desconocida, y que por eso mismo nos permitirá apreciar la observación del primer caso completamente desprovista de toda prevención.

Primer enfermo

El primer enfermo se produjo en la noche del 20 de Enero, en una persona que se había embarcado justamente 24 horas antes. Era un pasajero de 3ª clase, **Juan Alonso**, español, de 37 años de edad y de profesión mecánico.

Su residencia en Río era en una calle estrecha y sucia situada en las inmediaciones del Arsenal y confesó haber celebrado su salida con muchas liba ciones.

El examen clínico practicado á las 8 p. m. de ese día, dió el resultado siguiente, que consta en el parte del Dr. Omnes: Temperatura 39.4, pulso 90, cefalalgia, lumbago, dolores en los miembros inferiores (piernas y rodillas). Lengua seca, áspera. roja, anorexia, poca sed, abdómen normal con gorgoteo en fosa iliaca derecha, sin dolor en este sitio; sudores abundantes. Los antecedentes mórbidos solo acusaban algunas calenturas.

El tratamiento prescripto fué: dieta, limonada, sulfato de quinina, pediluvio caliente, fomentaciones frías á la cabeza, y para el día siguiente, un purgante de aceite de ricino.

Observación.— 2° día de la enfermedad (21 de Enero).—El sueño anoche ha sido inquieto; los dolores en los miembros han desaparecido, pero persiste la raquialgia; la lengua está húmeda; ha habido dos deposiciones, la orina no ofrece nada de anormal. La temperatura de este día en tres exploraciones ha dado el resultado siguiente: 38.9 á las 7 a. m.—38.8 á la 1 p. m. y 39.3 á las 6 p. m.; el pulso, regular, ha oscilado alrededor de 88.

3er. día de enfermedad (22 de Enero).—La noche anterior ha sido muy tranquila y ha amanecido algo aliviado de sus dolores; por la tarde se deprime un poco y se reagrava la raquialgia y cefalalgia. La temperatura ha sido: 38.2 á las 8 a. m.: 38.7 á las 5 p. m. y 38.3 á las 9 p. m.; el pulso ha dado 80 pulsaciones: nada en la orina. Se sigue el mismo tratamiento y se administra un 2° purgante de sulfato de magnesia.

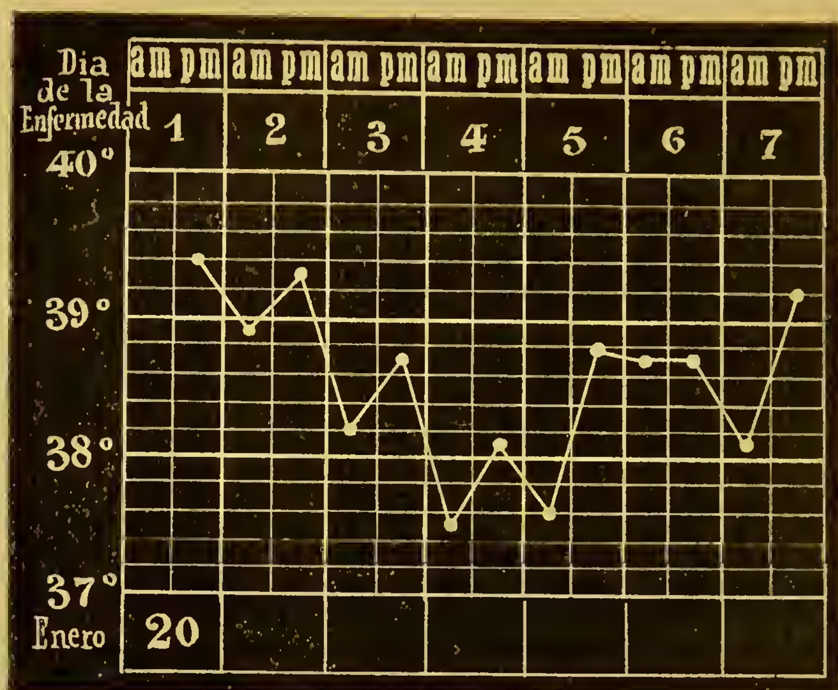
4° día de enfermedad (23 de Enero).—Poco sueño en la noche pasada. Sensación de profunda debilidad; á las 11 a. m. un vómito en que arrojó en forma de coágulo la leche que había bebido. Este síntoma es pronto seguido de una hemorragia proveniente de la boca y de las encías.

La orina á las 7 a. m. era muy turbia, amarillo

sucio, con abundante depósito blanquecino y grumoso formado por fosfatos; contenía albúmina por la reacción del calor y el ácido nítrico; por la tarde la orina fué más limpia, pero de color amarillo muy subido, contenía albúmina también, pero no se descubrió en ella la presencia de los pigmentos biliares á pesar de manchar de amarillo las ropas blancas del enfermo.

La temperatura descendió mucho y llegó á 37.5 á las 7 a. m., pero á las 3 p. m. había subido á 38.1, el pulso á 70, regular.

En presencia de este conjunto clínico, el médico después de analizar los síntomas y establecer un diagnóstico diferencial con la fiebre amarilla y la fiebre tifoidea, admite el diagnóstico de «fiebre gástrica» complicada con una nefritis.



5° día (24 de Enero).—En este día el enfermo se encontraba bien, la temperatura a. m. había descendido á 37.6 y salvo la debilidad, todo hacía augurar una rápida convalecencia; pero algunas horas más de observacion hicieron modificar radicalmente el primer diagnóstico, aceptando el más grave de fiebre amarilla.

¿Cuáles habían sido los síntomas que condujeron á este cambio?

El Dr. Omnes lo dice con toda verdad en su segundo informe, que lleva la fecha de 25 de Enero.

En efecto, á las 5 de la tarde, la enfermedad que parecía llegada á su término, había recrudecido presentando algunos síntomas nuevos: la temperatura había subido á 38.5, el pulso se mantenía en 70; la ictericia se había pronunciado y la orina revelaba la existencia de sus pigmentos por la reacción de Marechal. La postración era más grande y una sensación de ardor (pirosis) que se había manifestado desde por la mañana, incomodaba ahora mucho á este enfermo, quien la acusaba á lo largo del exófago y en el estomago; la región hepática se había vuelto dolorosa y había un poco de ansiedad epigástrica. La temperatura á las 9 p.m. alcanzó á 38.8, el pulso fuerte y regular, latía 72 veces por minuto.

6° día (25 de Enero).—Persisten los mismos síntomas pero con mayor intensidad y aparecen hemorragias por las encías, mucosa bucal y faríngea; el enfermo siente subir la sangre que arroja por expulsión; toda la boca y faringe está manchada por la sangre que surje como un rocío. Sobreviene hipo, pero no vómitos. La temperatura se sostiene alrededor de 38.7, el pulso á 80. Por la tarde continúan las hemorragias y obsérvase también la melena.

7° día (26 de Enero).—El enfermo pasó al Hospital flotante á cargo del Dr. Carlos Benites. Continuaba la fiebre, 38.1, pulso 95, presentándose recién los vómitos negros característicos, las epístasis, las

deyecciones sanguíneas manifestadas la víspera; la orina había disminuído en cantidad y contenía muchísima albúmina.

A las 8 p. m. continúa la agravación; la ictericia es más pronunciada, la respiración se torna ansiosa, los ojos se hunden en las órbitas y la temperatura sube á 39.2 con 110 pulsaciones. A las 12 de la noche el termómetro marca 39°, el pulso 98; se suprime la secreción urinaria; una hora después persistía el descenso térmico (37.8) y comenzaba la agonía que puso término á la vida á las 4 del 27.

AUTOPSIA PRACTICADA POR LOS DRES. ALLENDE Y NICOLAS LOZANO

ASPECTO EXTERIOR.—La putrefacción es avanzada; la rigidez cadavérica ha desaparecido, y hay enfisema subcutáneo. El color grisáseo cianótico de todo el cuerpo, está alternado en el plano anterior con fajas ictéricas, más visibles en el pecho, abdomen y antebrazos.

La cavidad bucal, las narices y la barba, están cubiertas de un barniz negruzco formado por sangre desecada. Todo el rostro es cianótico, vultuoso y con el aspecto de un axficiado por sumersión.

CAVIDAD ENCEFALICA. — Congestión intensa de las meninges y de la sustancia cerebral, tanto en la superficie como en los cortes. Tinte amarillo bien pronunciado. Senos ingurgitados de sangre negra.

CAVIDAD TORAXICA.—El pericardio contiene 40 gramos de un líquido sanguíneo y presenta también lo mismo que el corazón un color amarillo. Este órgano está exangüe. Las pleuras ofrecen equímosis y sufusiones sanguíneas. El pulmón se encuentra enfisematoso.

CAVIDAD ABDOMINAL.—Esófago: Impregnado de líquido melámico y con todos los signos de una congestión intensa. ESTÓMAGO:—Contenía unos 150 gramos de un líquido negro, espeso, que tiñe los dedos y ha impregnado completamente las paredes. Estas últimas están llenas de equímosis sub-epiteliales que en algunos puntos se han ulcerado: La mucosa se desprende con facilidad después del lavaje. DUODENO, YEYUNO É ILEÓN—El aspecto del intestino es grisáseo oscuro, encontrándose á la abertura que está lleno del líquido melámico. No pueden distinguirse bien arborizaciones por la fuerte congestión, viéndose en cambio, un color azulado oscuro. El intestino grueso contiene materias fecales teñidas también de negro. El BAZO está sumamente congestionado; al quererlo desprender del estómago se produce una hemorragia abundante. HIGADO—La coloración exterior es grisácea con fajas amarillentas que le dan un aspecto marmóreo. El lóbulo de Spigel, tiene un tinte amarillo pajizo. Al corte el color es amarillo azafrán. El tejido está exangüe. Se ven glóbulos grasosos, aunque no abundantes cuando se le comprime. El volumen del órgano no parece aumentado. La vesícula biliar está llena de bilis negra y espesa. RIÑÓN—Aspecto amarillento. Al corte se vé una cantidad abundante de glóbulos oleaginosos que indican la esteatosis de este órgano. La vejiga está muy congestionada y contiene 80 gramos de orina albuminosa, amarillenta y con el mismo aspecto oleaginoso ya descripto al hablar del riñon. La sangre es negra fluida, no se coagula.

RESUMEN.—Las lesiones descriptas, que manifiestan bien el carácter hemorrágico de la enfermedad, una ictericia generalizada á todo el organismo y la degeneración grasosa de los órganos, principalmente del riñón, nos inducen á creer que la afección de que ha fallecido Juan Alonso Díaz ha sido la fiebre amarilla, en el segundo período.

Segundo enfermo

En el mismo vapor (Tagus) el 26 de Enero á las 11 a. m. dió parte de enfermo al Dr. Omnés el camarero, **Agustín González,** hombre como de 55 años de edad, de nacionalidad portugués, que tenía como antecedente mórbido próximo una dispepsia flatulenta.

Este camarero había desempeñado el papel de enfermero al lado del primer caso de fiebre amarilla que se había presentado en el barco, y fué en este servicio que adquirió él también esta enfermedad.

Su mal había dado principio la noche anterior, casi repentinamente, por escalofríos, malestar, cefalalgia, fiebre, etc. Al examinarlo al día siguiente, persistían estos mismos síntomas; la temperatura era de 38.4, la lengua se presentaba saburrosa, mucha sed, anorexia, pero la exploración de sus órganos no mostraba alteraciones notables; su aspecto general era aparentemente satisfactorio.

Fué en seguida trasladado al Lazareto Flotante á cargo del Dr. Carlos Benites y es de sus observaciones prolijas que constan en los partes diarios que nosotros extractamos su historia clínica, la cual, por otra parte, es una de las más completas.

En un primer examen practicado ese mismo día, es decir, antes de las 24 horas de iniciada la enfermedad, encontró: raquialgia, dolor epigástrico y en la región hepática que se aumentaban por la explo-

ración; ausencia de ictericia y de albuminuria; postración general. Hacia las 4 p. m. se manifestaron vómitos alimenticios. El pulso era frecuente y regular, alrededor de 110. La temperatura ofreció las siguientes oscilaciones: 38.5 á la 1 p. m.—39° á las 4 p. m. y 38.9 á las 8 de la noche.

2°. día (Enero 27).—Mismos fenómenos, persisten los dolores al epigastrio y en el hígado; la región renal se ha vuelto igualmente sensible á la palpación; los vómitos han cambiado de aspecto y eliminan materias biliosas; el examen químico de la orina comprueba este día la presencia de la albúmina.

Por la tarde el enfermo continuaba más postrado; sobreviene una ansiedad epigástrica, náuseas y vómitos biliosos frecuentemente repetidos. Por la noche aparece una gran agitación acompañada de delirio. El pulso se mantuvo regular en todo el día, entre 86 y 112. La temperatura fué: 38.5 á las 8 a. m.,—38.9 á las 12 del día,—39°. á las 4 p. m.,—38.8 á las 8 p. m., y 39.2 á las 12 de la noche.

3er. día (Enero 28).—A los síntomas anteriores se añaden hoy: ardor muy molesto en el epigastrio y á lo largo del exófago, disminución considerable en la cantidad de orina que contiene mucha albúmina. Los vómitos biliosos continúan con igual frecuencia y alternan con náuseas; las deposiciones son diarreicas y notoriamente biliosas.

El delirio ha aumentado y el enfermo se encuentra sumamente inquieto. La mayor molestia que experimenta es la sensación de ardor gastro-exofágica que ya se ha mencionado. El pulso ha oscilado entre 85 y 95. La temperatura observada, ha sido: 38.4 á las 8 a. m.,—39.2 á las 12 del día,—39 á las 4 p. m.,—39.5 á las 8 p. m. y la misma cifra á las 12 de la noche.

4°. día (Enero 29).—Nótanse en este día grandes cambios en el enfermo. La temperatura había descendido á 38° á las 8 a. m. y con este síntoma los dolores al epigastrio y al exófago se habían vuelto más tolerables. Parecía hallarse realmente mejor: el delirio, la agitación é intranquilidad habían cesado, pero la orina continuaba disminuída y contenía bastante albúmina. A las 12 del día, el estado satisfactorio del enfermo persistía, y la fiebre continuaba en descenso (37.6); pero poco después nuevos fenómenos se manifestaron, haciendo modificar el pronóstico que su estado autorizaba en la observación de la mañana.

En efecto, la ictericia ausente hasta este momento, comenzó a dibujarse por un tinte amarillento apenas perceptible en las escleróticas, pronto extendido al cuello y miembros superiores; las deposiciones cambiaron de aspecto y se hicieron francamente hemorrágicas, de color rojo claro y en cantidad abundante; el rostro tomó una coloración

roja y los ojos estaban bastante deprimidos en las órbitas. Por la tarde estos síntomas graves se pronunciaron más aún y coexistían con la renovación de los fenómenos dolorosos al epigastrio, exófago y regiones renales y hepática, que habían cesado casi del todo en la mañana. El examen comprobó un aumento notable en el tamaño del bazo y del hígado. El pulso más débil, daba 90 pulsaciones y la exploración termométrica suministró: 38.4 á las 4 p. m.,—38.8 á las 8 p. m. y las 12 de la noche.

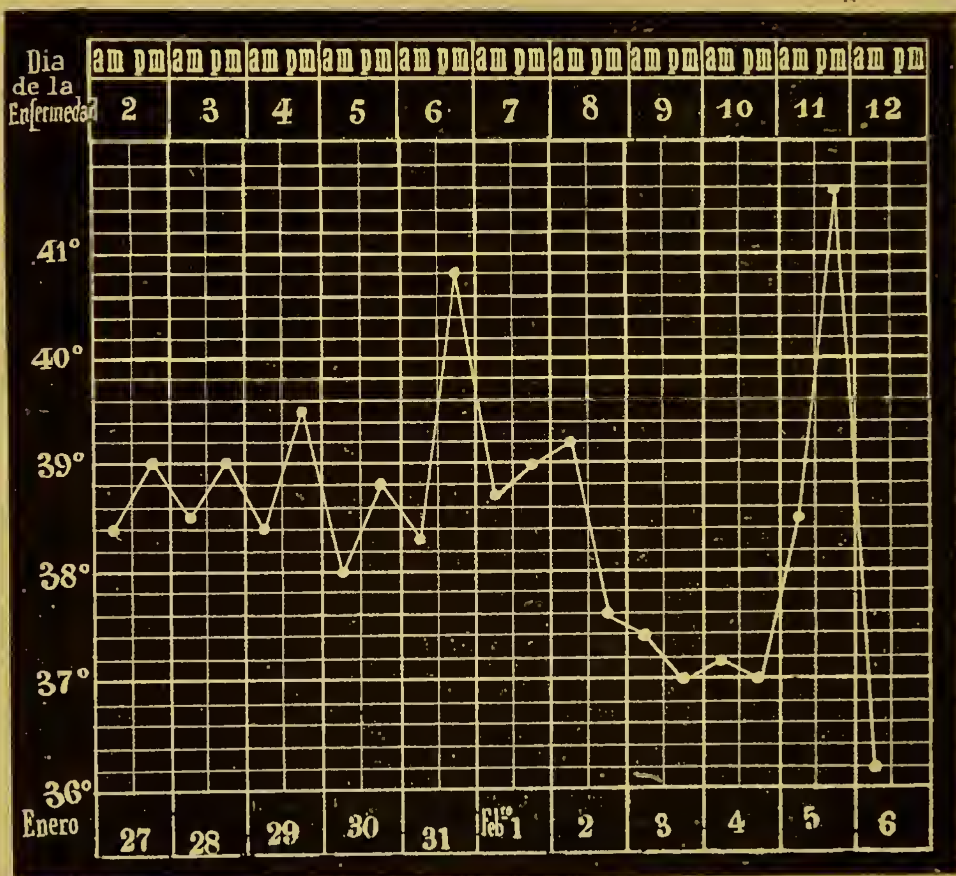
5°. día (Enero 30) —Persiste el mismo cuadro, pero a las 4 p. m. la temperatura sube precedida de intensos escalofríos á los cuales suceden sudores copiosísimos.

Las deyecciones se han vuelto mucosas y muy frecuentes; reaparece el delirio y la intranquilidad. El pulso entre 90 y 110, regular; la temperatura á las mismas horas de las exploraciones anteriores ha sido: 38.3,—38.8,—40.9,—37.4 y 37.6.

6°. día (Enero 31).—Amanece algo mejorado, no obstante su estado intelectual es muy obtuso. Persisten los sudores y la orina en cantidad abundante y clara, aún dá la reacción de la albúmina. Hay mucha sed. Por la tarde el cuadro varía: vuelven los escalofríos seguidos de un temblor general con castañeteo de los dientes, los sudores, el delirio; la adinamia es cada vez más profunda. El pulso regular, entre 110 y 120.

La temperatura: 38.7,—37.1,—38.2,—39.2,—38.8 y 39°.

7°. día (Febrero 1°).—Nótase alguna mejoría: el delirio ha cesado, no hay dolores, vómitos ni náuseas; la ictericia disminuye; la orina es abundante y ya no contiene albúmina; la lengua está limpia y el estado general es bueno. Sin embargo el bazo continúa grande lo mismo que el hígado. El pulso entre 96 y 176.



La temperatura ha sido: 39.2 á las 8 a. m.,—37.4 á las 12 del día, —37.6 á las 4 p. m.,—37.4 á las 6 p. m., misma cifra á las 8 p. m. y á las 10, 37.3.

8°. día (Febrero 2).—Continúa bien: ha dormido toda la noche, y salvo alguna dificultad en la micción el enfermo se halla perfectamente. Su temperatura á las 8 a. m. era de de 37.4 y de 37- á las 12 del día; el pulso regular entre 88 y 90°

El Dr. Benites atribuyó las últimas manifestaciones febriles observadas en este caso á una fiebre urinosa por extrechez de la uretra comprobada por él con la sonda.

En los días siguientes (3 y 4 Febrero), la temperatura ofreció algunas variaciones que no alcanzaron sinó á fracciones de grado. Pero en su parte del 5 de Febrero, manifiesta haber observado los síntomas de una cistitis, por cuyo motivo y considerando totalmente terminada la fiebre amarilla, pedía que una vez concluído el período de observación sanitaria, este enfermo fuera trasladado para su asistencia á alguno de los hospitales de tierra. En la tarde de ese día sobrevinieron, y casi de una manera brusca, síntomas gravísimos: gran agitación, delirio, escalofríos intensísimos, sudores profusos, pulso filiforme y pérdida de conocimiento. La temperatura que era de 38°5 por la mañana á las 8, subió á 39.8 á las 12, á 39.9 á las 4, á 40.5 á las 8 p. m., á 41.1 á las

10 p. m., en fin, á 41.5 á las 12 de la noche; el pulso siguió la escala que se indica hasta hacerse incontable: 126,—140,—150,—154.

12°. día. (Febrero 6).—Mismo estado, continúa el coma y los sudores, hay enfriamiento general; la respiracion es breve y frecuente, el pulso no se percibe, y el enfermo fallece en este estado á la 1 y 30 a. m.

AUTOPSIA PRACTICADA POR EL DR. W. ACEVEDO

ASPECTO EXTERIOR.—Sin rigidez cadavérica. La piel en parte con tinte paja pálido, en parte con tinte cianótico, con manchas hipostáticas muy extendidas ocupando el dorso, cuello, nalgas, parte interna é inferior de los muslos. El escroto y pene edematosos, la piel de color oscuro, hay además esperma de reciente emisión.

La putrefacción muy avanzada; hay petequías en el abdomen, torax, brazos. La epidermis se encuentra desprendida en los brazos, antebrazos, abdomen y á la menor presión se desprende en las otras partes del cuerpo.

La piel de la cara y cuello de color violáceo y surcada por gruesas venas con sangre negra; hay enfisema muy pronunciado en estas regiones y los globos oculares tienden á salir de sus órbitas. Por las fosas nasales y boca se escapa sangre negra líquida, y en las primeras hay un poco de sangre desecada.

CRANEO Y CEREBRO—Levantando la calota, las meninges se presentan muy congestionadas; incindidas estas, la masa encefálica hace hernia y se derrama una considerable cantidad de sangre negra.

A los cortes, el cerebro se encuentra muy congestionado, y los pequeños vasos seccionados dejan salir sangre en

cantidad. Al separar el cerebro del cerebelo se encuentran dos pequeños coágulos de consistencia muy débil y pequeña dimensión.

CAVIDAD TORÁXICA.—*Pulmones*:—Sin signos apreciables y en plena putrefacción. *Pleuras*:—Muy congestionadas, no se encuentran signos inflamatorios ni adherencias. *Corazón*:—Pequeña cantidad de líquido amarillo oscuro en el pericardio; tejido del músculo, friable, flácido; hecha la incisión de las paredes, se desprenden algunos gases y un poco de sangre líquida muy fluída, de color normal. El panículo adiposo de este órgano, coloreado de amarillo claro, está bien desarrollado.

CAVIDAD ABDOMINAL. — *Estómago:* — Extraordinariamente dilatado por gases, el cardias y gran curvatura coloreadas de rojo sombrío. En el píloro el color alterna con fajas de tinte natural. La coloración del cardias se extiende al exófago. En el interior hay una pequeña cantidad de líquido de color oscuro, sin coloración característica muy pronunciada. La mucosa bastante congestionada sobre todo en la gran curvatura, no presenta otros signos de inflamación bien definidos. *Intestino delgado*: — Fuertemente distendido por gases, las paredes sumamente friables, se desgarran á la menor tracción. La mucosa está congestionada en placas más ó menos extendidas, hay algunas arborizaciones vasculares muy bien marcadas; no existe líquido sino en su porción terminal, en poca cantidad, y de un color característico típico. *Intestino grueso*:— Algo congestionado, contiene materias fecales sólidas de color oscuro en bastante cantidad.

Tanto el intestino delgado como el grueso presentan exteriormente fajas de un rojo oscuro que alternan con la coloración normal de estos órganos.

El tejido celulo gasoso que rodea los órganos de la cavidad abdominal está bien desarrollado, su coloración es

amarilla y en las partes algo declives de un rojo oscuro. Hay pequeñas adherencias entre el hígado, bazo, estómago, peritoneo, que se desgarran con extraordinaria facilidad. *Higado:*—El lóbulo mayor sumamente infiltrado presenta exteriormente una coloración grisasea con punteado negro predominante en el borde anterior; la cara superior es de color oscuro. Hay un ligero aumento de volumen. Incindido, su tejido no chilla al escalpelo y presenta una coloración rosada, gris oscuro en el borde inferior y amarillo caoba en la parte superior. Al hacer las incisiones, se desprenden numerosas burbujas de gaz. El lóbulo de Spigelo está coloreado exteriormente de oscuro con fajas amarillentas. Hecha una incisión, el tejido se presenta seco al corte y con una coloración uniforme amarillo caoba. El tejido se desgarra con facilidad en los dos lóbulos.

La vesícula biliar coloreada de amarillo verdoso, está distendida por gases y contiene una pequeñísima cantidad de bilis amarilla muy oscura. No hay adherencias patológicas entre estos dos órganos.

El *bazo* de color y tamaño normal, se desgarra con mucha facilidad a la menor presión. Su tejido incindido deja escapar gases y sangre negra en cantidad.

Los *riñones* cubiertos con el panículo adiposo, no se pueden examinar bien; debido á la putrefacción; su tejido ha perdido completamente la resistencia; al querer sacarlos se desgarran y se desprenden burbujas de gas.

La *vejiga* algo retraída, contiene apenas 30 gramos de orína de color oscuro y muy turbia. Las paredes no presentan signos inflamatorios; en partes están coloreadas de oscuro, pero con lavajes repetidos se consigue quitarles la coloración.

La uretra fué sondeada y después se incindió en su longitud; no presentaba obstrucción del canal por estrechez alguna.

En conclusión:—Las lesiones anátomo-patalógicas encontradas en el cadáver de Agustín Gonçalvez, corresponden á una afección generalizada, infecciosa, de carácter hemorrágico. Opino que Agustín Gonçalvez ha fallecido de *Fiebre amarilla* y que el desenlace fatal ha sido debido en gran parte á la congestión cerebral intensa sobrevenida inopinadamente en el segundo período de la enfermedad.

II

Un caso de fiebre amarilla procedente del vapor «Gellivara» observado en el Lazareto Flotante «Dr. Rodolfo del Viso»—Alta.

Hart, Ungeunwitter, alemán, nacido en el pueblo de Beuncheusten de la provincia de Bruncewick, de 26 años de edad, soltero, foguista de profesión, tripulante del vapor inglés «Gellivara» que procedía del puerto de Río Janeiro, comenzó á sentir según la historia clínica levantada, los primeros síntomas de su mal, el día once de Febrero, habiéndose desde esa fecha observado el cuadro sintomático siguiente:

«El día once y parte del doce se sintió el mencionado individuo con cefalalgia frontal moderada, anorexia, extreñimiento y sequedad de la piel, que se hizo notable, dada la temperatura elevada reinante del día; experimentó también sequedad de la boca y mucha pastosidad de la lengua.

«Durante la noche comprendida entre los días doce y trece fué atacado de una manera brusca de fuertes y repetidos escalofríos, que fueron reemplazados por una sensación de calor elevada, insistente y continua; en la mañana del trece, se pudo comprobar con el termómetro una temperatura que alcanzó hasta 40° centígrados.

«Este ascenso térmico coincidió con una exacerbación notable de la cefalalgia y de las irradiaciones dolorosas en los miembros, sin que se hubiera aumentado concomitantemente la raquialgia existente desde los primeros momentos de la enfermedad, que continuó siendo relativamente moderada. Coincidió también con la manifestación de la ansiedad epigástrica, las pulsaciones visibles de la región celiaca, y la máscara característica del tifus amarillo que se habían hecho notar por su ausencia, del mismo modo que la hiperhemia de la piel, el eritema del escroto (que estaba no obstante doloroso y tumefacto) y la dilatación de las pupilas.

«Del lado del aparato digestivo apenas se había notado un estado saburroso acentuado de la lengua, el extreñimiento y ausencia de vómitos; la orina era roja, febril, se escretaba en mediana cantidad, haciéndose ligeramente albuminosa al fin del tercer día.

«*Estado actual.*—Hábito externo. No existe la inyección de la cara ni de las conjuntivas; los ojos

están hundidos, la mirada es vaga, no hay lagrimeo ni fotofobia á pesar de existir una ligera dilatación de las pupilas; el color de la cara es pálido, anémico, hay icteria franca en las escleróticas, notándose una leve extravasación sanguínea en la parte interna de la conjuntiva derecha; en el torax, abdomen y miembros inferiores se percibe un tinte sub-ictérico más fuerte que en la cara; en la piel de la región poplitea derecha hay una muy ligera sufusión sanguínea; en la región anterior al torax y en el abdomen se presentan algunas raras manchas lenticulares; hay herpes labial y no se nota vestijio alguno de urticaria ó de exantema escarlatiniforme; no hay tampoco manchas equimóticas en la piel del cuello, de las axilas, ni de las ingles; no existen manchas purpúricas y solo hay como lo hemos dicho una muy leve y ligerísima sufusión sanguínea en el tejido celular subcutáneo de la región poplitea izquierda que parece haber interesado en el sentido de la profundidad, á las porciones musculares y tendinosas de la misma región.

«*Aparato circulatorio.*—Los ruidos del corazón están debilitados; el pulso es dícroto y late sesenta veces por minuto, sin que haya por consiguiente y á pesar de la icteria señalada, un debilitamiento acentuado de él.

«*Aparato respiratorio.*—Hay treinta respiraciones por minuto y se hacen de una manera acelerada y

breve y la auscultación no revela lesión alguna del lado del aparato pulmonar.

«*Aparato urinario.*—La región renal es dolorosa á la presión; hay en las orinas una mediana cantidad de albúmina, la que se segrega en una cantidad menor que la normal.

«Como se ve en el cuadro térmico que corresponde á la presente historia clínica, la temperatura fué de 37.°6 centígrados el día 15. La remisión se manifestó, pues, de una manera bien clara, no obstante la agitación que dominaba al paciente.

«Este descenso térmico coincidió con la disminución de la cefalalgia, desaparición de la raquialgia. y de las irradiaciones dolorosas de los miembros, á la vez que experimentó el enfermo una sensación general de bienestar.

«*Sistema nervioso.*—Hay rigidez tetánica dólorosa de los músculos de la nuca, subdelirio; ausencia de estupor, aún cuando comienzan á mostrarse algunos síntomas de postración.

«*Aparato digestivo.*—Mucha sed, lengua fuertemente saburrosa en el centro y roja en los bordes, hay fuliginosidades en los labios y en las encías; las nauseas se producen frecuentemente y van acompañadas de vómitos biliosos que hacen extrema la intolerancia gástrica; hay ansiedad epigástrica y un flujo-diarreico coloreado por la bilis; la región del estómago se muestra dolorosa á la presión.

«No hay vómitos hemorrágicos ni melena.

«El hígado se encuentra algo aumentado de volumen y el bazo en estado normal.

«*Día 16.*—La albúmina ha aumentado considerablemente; las orinas se segregan en menor cantidad; la postración es mayor, la temperatura ha aumentado en ocho décimos de grado; la respiración es menos frecuente; la icteria se ha acentuado sin que sea todavía intensa; no hay aún vómitos negros ni hemorragias notables de otras regiones. (1)

«En conclusión pienso: 1° que el cuadro precedentemente descripto, pertenece á la fiebre amarilla.

«2° Que Hart Ungeunwitter, se encuentra en la mañana del quinto día de su enfermedad, es decir, en el período de localización de la fiebre amarilla.

«Además, el hecho de haber perdido el «Gellivara», atacado de fiebre amarilla, á uno de sus tripulantes, durante su permanencia en la bahía de Río de Janeiro, de haber dejado enfermo á otro en el hospital de «Juruba», y de haber tenido igualmente enfermo, á uno de sus oficiales durante la travesía, afirma el diagnóstico de *fiebre amarilla* que he hecho para el atacado actualmente.

«A las nueve de la mañana del día 17 presentaba el enfermo el siguiente conjunto de síntomas:

---

(1) Los datos que anteceden han sido recogidos por el Dr. Zavaleta á bordo del mismo vapor «Gelivara», hasta la tarde del día 16, á cuya hora, fué trasladado el enfermo al hospital «Dr. Rodolfo del Víso»

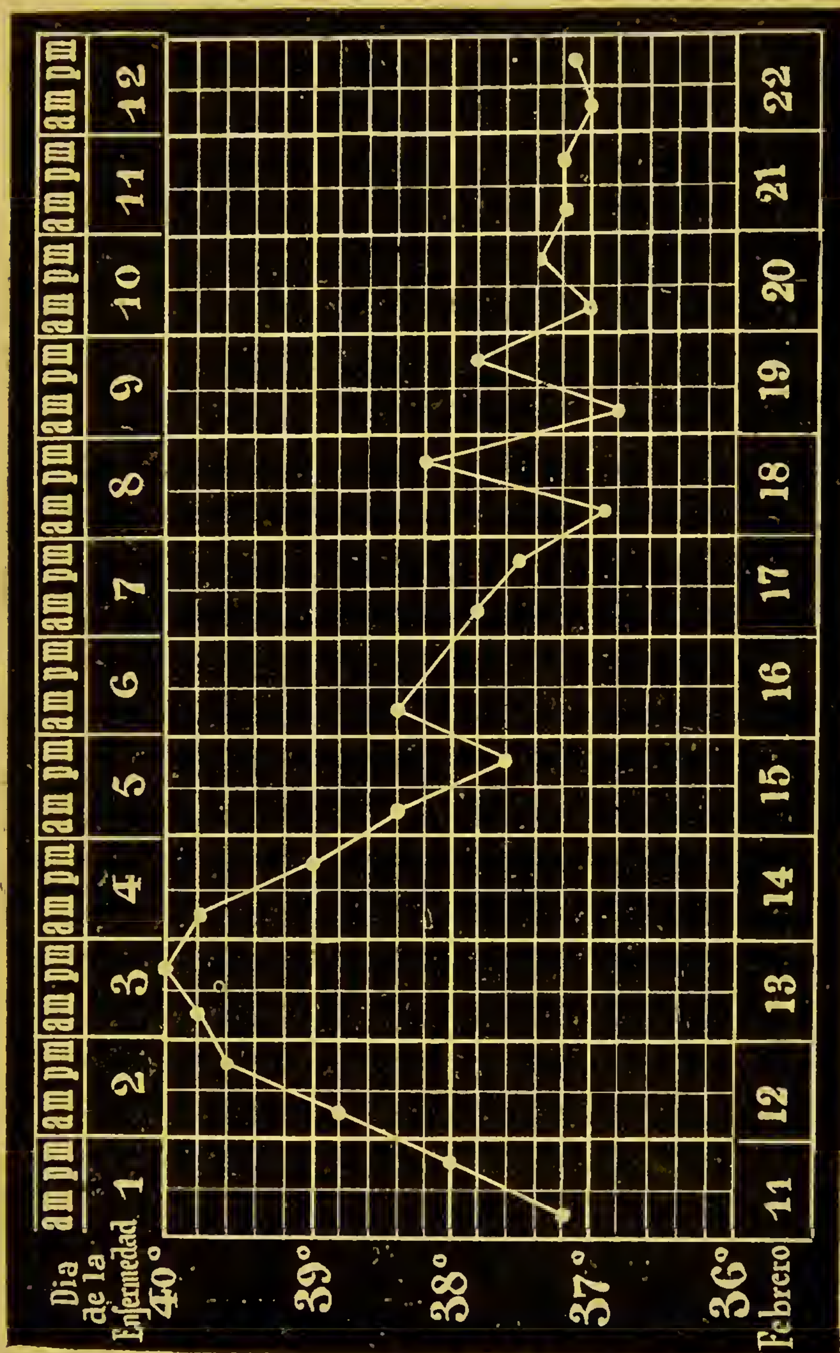
«Icteria generalizada á todos los tegumentos, más pronunciada en la cara, cuello y parte anterior del tórax en donde había un color verde aceituna; cara demacrada, ojos hundidos con dilatación pupilar; lengua blanca y saburrosa, labios fuliginosos; algunas pequeñas manchas petequiales nótanse en las paredes toráxicas y abdominales.

«El individuo se queja de mucha sed, hay anorexia completa. gran fetidez en el aliento, nauseas frecuentes, acompañadas á veces de vómitos compuestos de mucosidades, bilis y bebidas ingeridas; hay gran ansiedad y dolor en la región epigástrica, exagerándose á la presión; la diarrea no es abundante, es compuesta simplemente de un líquido bilioso con algunas estrías y mucosidades.

«La orina segregada durante las 24 horas, escasa en cantidad y de color subido, acusa por el calor y el ácido nítrico una fuerte cantidad de albúmina. El pulso pequeño y filiforme, oscila entre 70 y 80 pulsaciones por minuto.

«Hay además rigidez en los músculos, siendo estos dolorosos á la presión en todas las partes del cuerpo,—subdelirio y postración.

«El cuadro sintomatológico que precede unido á los antecedentes suministrados por el Dr. Zavaleta en su parte de sanidad, me autorizan á afirmar que se trata de un caso de *fiebre amarilla* en su segundo período ó de localización.


Dia de la Enfermedad
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
am pm
40°
39°
38°
37°
36°
Febrero
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

«El tratamiento á que ha sido sometido el sujeto en el día 17 es el siguiente: sulfato de quinina y salol, de cada medicamento un gramo, divididos en cinco *cachets* para tomar en las veinte y cuatro horas.—Pulverizaciones fenicadas, limonada vinosa con un poco de hielo; dieta láctea.

«El día 18 á las 9 a. m. se inició en el enfermo una franca mejoría manifestada por la desaparición de varios síntomas importantes y la atenuación de algunos otros, como lo comprueba el cuadro clínico.

«9 a. m. Pulsaciones 70—continúa la sed; los dolores en los músculos de las extremidades y la postración. La ansiedad epigástrica ha disminuído, los vómitos y la diarrea desaparecen por completo á contar desde esta hora.

«8 p. m. Temperatura 38.°2—Pulsaciones 76;—á esta hora sobreviene un poco de fibre acompañada de un ligero sudor. No hay delirio, perosí tendencia al sueño, verificándose éste de una manera intranquila é interrumpiéndose en ocasiones con sobresaltos y subsultos de tendones.

«12 m. Pulsaciones 74. Temperatura 37.°4—La micción de la orina es más abundante, conservando siempre este líquido el mismo color rojo subido. En este momento y después de tomar el enfermo un poco de leche, entra en un sueño tranquilo y continuado hasta las 5 de la mañana del día 19.

«Continúa el enfermo durante este día sujeto al mismo tratamiento.

«En la mañana del día 19 manifiesta el enfermo sentir muy atenuados los dolores y molestias que le aquejaban en los últimos días; sin embargo, la postración continúa siempre la misma y la ictericia se hace ahora manifiesta.

«A medio día presenta los siguientes síntomas: ictericia completa, adinamia; regiones epigástrica y hepática algo dolorosas aún á la presión; orina biliosa, abundante, ligeramente albuminosa y de color rojo subido. Falta absoluta de fiebre, vómitos, diarrea, fenómenos cerebro-espinales, dolores, etc. Aparato respiratorio y circulatorio funcionan con regularidad.

«Creo por lo tanto poder arribar á un resultado favorable, si no sobrevienen complicaciones.

«Continúa el enfermo con el mismo tratamiento, supriméndosele la quinina en los *cachets*, y quedando estos unicamente con el salol. Toma además la poción Jaccoud en pequeña dosis.

«Durante el día 20 avanza el enfermo rápidamente en su mejoría, quedándole unicamente un poco de postración y el color amarillo de la piel, conjuntivas y orinas.

«Empieza á tomar un poco de caldo y dos copitas de vino de Oporto. Además se le suprimen los *cachets* de salol y en su defecto se le administra este medicamento por el recto en enemas y á la dosis de ochenta centígramos.

«En el día 21, amanece el enfermo sumamente mejorado, considerándolo por lo tanto, fuera de peligro. Se le aumenta la cantidad de caldo y vino.

«En el día 22 á las ocho de la mañana es dado definitivamente de alta, siendo trasladado al salón de convalecientes.» —(Dr. OTERO.)

III

Enfermo de fiebre amarilla procedente del vapor «Gellivara» observado á bordo del lazareto flotante «Dr. Rodolfo del Viso»—Alta.

Carlos Federico Guillermo Thieme, alemán de 39 años, foguista del vapor «Gellivara».

Ingresó al Lazareto el día 25 de Abril.

El Dr. Lozano en su nota de remisión, dice, que dicho enfermo hacía tres días que se sentía con postración y dolor en las piernas y que posteriormente esos dolores habían aumentado, añadiéndose una intensa cefalalgia, con raquialgia y dolor á la región epigástrica. Esa mañana tenía 38° de temperatura, 88 pulsaciones é indicios de albúmina en las orinas. Aunque faltaban algunos síntomas que suelen observarse en los casos intensos, el diagnóstico podía muy bien establecerse con los apuntados, dado el medio en que se desarrolló la infección.

«El enfermo manifiesta por su parte que hace tres años, estando á bordo de un buque alemán, sufrió un ataque de fiebre amarilla de corta duración en el puerto de Bahía, no experimentando después, durante los dos años que permaneció en Río y Santos ninguna novedad. Recién ahora vuelve á enfermarse, coincidiendo esta recidiva con el cambio de clima.

«Al parecer se trata de un caso de forma benigna como el primero que sufrió.

«Este hecho viene á comprobar la regla de que las formas leves de la fiebre amarilla son aquellas que menos inmunidad confieren.

«Ya en nuestra Enfermería, fué reconocido prolijamente, acusando fiebre alta (40°), pulso fuerte y acelerado; fuertes dolores de cabeza, estómago y cintura, inyección roja de la cara, ojos abrillantados, con dilatación pupilar y ligero vestigio de albúmina en las orinas.

«*Abril 26.*—Encuéntrase en el mismo estado.

Tratamiento.—Inyección hipodérmica de pilocarpina.

«*Abril 27.*—Ha pasado los tres días primeros bajo una forma benigna. Esta mañana amanece ya con un poco de ictericia en las conjuntivas. Su estado no inspira hasta el presente cuidado alguno.

«Toma esta noche una infusión de jaborandi de Coutinho.

«*Abril 28.*—Encuéntrase en la actualidad en un estado muy satisfactorio. Puede considerarse como forma abortiva la que asume nuestro enfermo.

«*Abril 29.*—Es dado de alta esta mañana.

(Dr. Otero).

IV

Un caso de fiebre amarilla procedente de la barca «Progreso Argentino» observado á bordo del lazareto flotante «Dr. Rodolfo del Viso»—fallecido—autopsia.

« **José Garletto**, italiano, nacido en la ciudad de Venecia, de treinta y un años de edad, blanco, soltero, marinero de profesión, tripulante á bordo de la barca nacional «Progreso Argentino», la cual procedía del puerto de Río Janeiro, comenzó á sentirse enfermo el día 3 de Marzo, siendo trasladado á este Lazareto el día 5 del mismo mes á las 10 a. m.

«Ignóranse los antecedentes y la sintomatología observada en este individuo durante los días que estuvo enfermo á bordo de la referida barca.

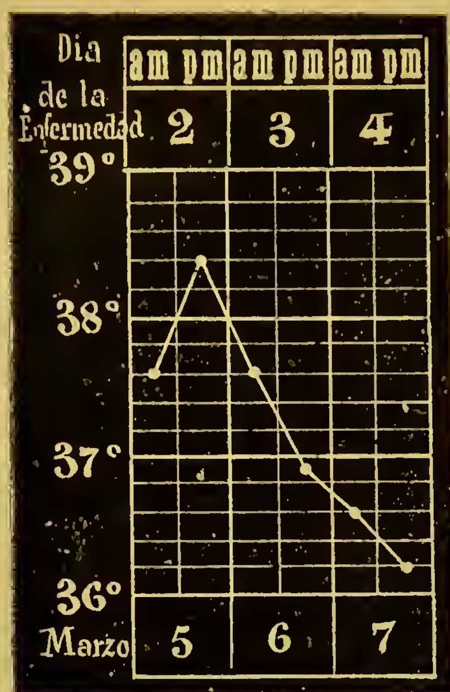
» *Observación.—Día 5*, 10 a. m. Color amarillo de los tegumentos; lengua blanca y saburrosa; vómitos abundantes y biliosos; orina con

bilis y una buena cantidad de albúmina; pulso blando, pequeño y lento. Temperatura 37°6. El enfermo dice ya haber sentido hace cinco días dolores de cabeza y de cintura, así como fiebre muy alta hace dos días. Faltan en estos momentos otros síntomas de más significación; no obstante, este sencillo cuadro sintomatológico en un individuo procedente de un buque completamente infectado como lo es en la actualidad la barca «Progreso Argentino», me induce á creer se trata de un caso de fiebre amarilla en un período avanzado. Se le puso como tratamiento: limonada vinosa con hielo, bismuto y salol al interior en *cachets*.

«8 p.m.—Han aumentado de una manera considerable los vómitos, la diarrea y la ictericia—Temperatura 38°.4.

«*Día 6*.—8 a.m. El enfermo ha pasado la noche en el mismo estado. Temperatura 37°6. Pulsaciones 60. Los latidos del corazón se notan con poca energía. Continúan los mismos síntomas del día anterior; se le dá una poción con citrato de cafeína.

«8 p.m. Temperatura 36°9—Ha pasado el enfermo todo el día dominado por la intolerancia gástrica y la diarrea; esta última ha tomado en esa hora un color oscuro característico. La orina ès es casa y la poca cantidad que se ha podido obtener, acusa un precipitado abuminoso intenso.



«*Dia 7.*—8 a.m. Temperatura 36°6 —Pulsaciones 58. Después de haber pasado el individuo la noche, relativamente bien, solo incomodado á pequeños intervalos por los vómitos y la diarrea; ésta aparece esta mañana con alguna cantidad desangre líquida. Encuéntrase en estos momentos en un gran estado de debilidad, se le administran enemas hemostáticos y una inyección hipodérmica de cafeína.

«8 p.m. Después de la inyección ha reaccionado el enfermo, alcanzando al medio día 37°.2 de temperatura y 66 pulsaciones por minuto.

«Sin embargo, esta reacción ha durado pocas horas y en la actualidad hállase sumamente debilitado por una fuerte deposición de sangre líquida (unos 300 gramos). Temperatura 36°2—Pulso apenas perceptible. Se le pone una inyección hipodérmica de éter sulfúrico.

«A media noche se repite la diarrea de sangre,

y desde este momento cae en un estado comatoso, hasta las 5 de la mañana en que deja de existir».

(Dr. Otero).

Autopsia practicada por el Dr. W. Acevedo

José Garletto.—Aspecto exterior—Hay rigidez cadavérica. La piel tiene un tinte ictérico bien marcado, las hipostasis cadavéricas poco extendidas, se marcan mayormente en la región del cuello. Por las fosas nasales y la boca, sale sangre líquida, negra; hay además coágulos en ambos orificios. La piel del torax y abdomen está manchada por un líquido amarillo verdoso, consecuencia probable de los vómitos. La piel del escroto tiene un color oscuro lo mismo que la del pene en su cara inferior. No se ven petequías.

Cavidad toráxica.—El corazón flácido, de paredes friables, contiene en el interior de los ventrículos algunos coágulos. Hay líquido sero-sanguinolento entre las hojas del pericardio y se ven algunas gotitas brillantes de grasa. El panículo adiposo del órgano, bien desarrollado y con coloración amarilla intensa. Pleuras congestionadas, al incindir la pared toráxica sale una cantidad considerable de serosidad fuertemente teñida de sangre. Los pulmones, presentan placas de congestión en sus lóbulos superiores, en la cara anterior; tienen algunas adherencias pleuríticas.

Abdomen.—El estómago fuertemente distendido por gases, sus paredes tomentosas interiormente y muy conges-

tionadas al rededor del cardías. Esta congestión se continúa con la del exófago. Hay doscientos gramos de líquido en el estómago, de color rojo muy oscuro, casi negro. Este líquido es sangre casi pura. La mucosa estomacal no presenta señales de ulceración.

HÍGADO.—Aumentado muy poco de volumen; tiene una coloración uniforme amarillo caoba en el lóbulo mayor, amarillo más claro en el de Spigelio. El tejido es seco al corte, no chilla al escalpelo. Al incindir el tejido sale de los vasos seccionados una pequeña cantidad de sangre oscura que no se coagula. La cápsula del hígado está adherente á dicho órgano.

VESÍCULA BILIAR.—De un color amarillo verdoso, no presenta lesiones inflamatorias; la bilis que contiene, en cantidad de 20 á 25 gramos, es de color amarillo verdoso muy subido y se ven en ella pequeños corpúsculos de color brillante, semejante á grasa.

EL BAZO.—Sin signos anátomo-patológicos apreciables.

INTESTINO DELGADO.—Distendido por gases, sus paredes internas fuertemente congestionadas y al incindirlas se derrama una abundante cantidad de líquido melánico bien caracterizado.

INTESTINO GRUESO.—Congestionado, contiene en su interior pequeña cantidad de líquido oscuro de consistencia siruposa. Tanto el intestino delgado como el grueso, no presentan lesiones ulcerosas en ninguna de sus partes.

VEJIGA.—Muy retraída, perdida debajo del púbis, presenta lesiones inflamatorias en su mucosa; contiene apenas 15 gramos de orina turbia amarillosa.

RIÑONES.—Adherentes á la cápsula, tienen una fuerte coloración amarilla y están exangües.

Conclusión.—Corresponden las lesiones anátomo patológicas descriptas, á la fiebre amarilla en el período de localización.

V

Caso de fiebre amarilla observado en el lazareto flotante (fallecido)

Patrick Mac Allister, inglés, de 25 años de edad, camarero del vapor «Gellivara», entró en el lazareto flotante el 22 de Abril.

Su enfermedad había comenzado este mismo día á las 4 p. m. por fuerte cefalalgia, raquialgia, dolor en el epigastrio, malestar general, escalofríos, fiebre, etc. Examinado por el Dr. Lozano, encontró estos mismos síntomas y además una hiperemia del rostro, inyección conjuntival con lagrimeo y fotofobia; la temperatura era de 38°3 y el pulso fuerte y lleno con 130 pulsaciones por minuto.

Este colega hace observar que este sujeto había permanecido por dos años seguidos residiendo en Río Janeiro, sin contraer la fiebre amarilla, y que no obstante esta circunstancia que debía hacer admitir en él cierta inmunidad resultante de la aclimatación, adquirió la infección al llegar al Río de la Plata á bordo de un navío contaminado

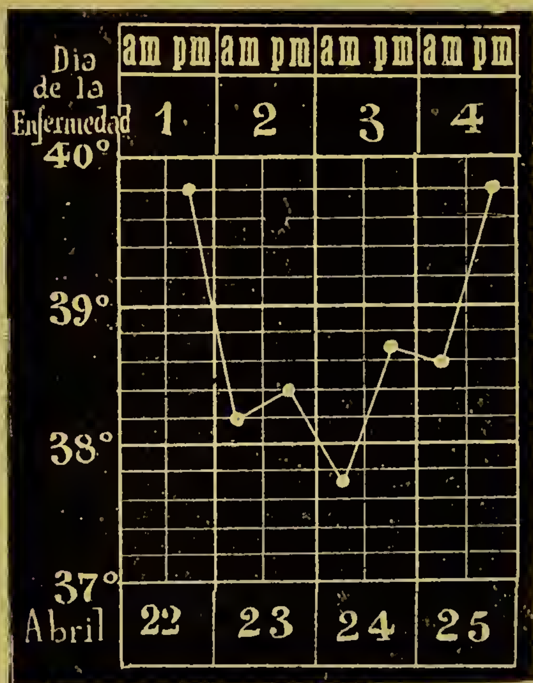
por los gérmenes de la fiebre amarilla, que en la travesía había originado 15 casos.

«Ese mismo día á las 5 fué transportado al lazareto flotante, sin que allí se observaran nuevos síntomas.

En los dias siguientes 23, 24 y 25 de Abril continuó bien.

«El 26 hubo una lijera reagravación consistente en dolores al epigastrio, ansiedad, cefalalgia intensa. A la 1 p. m. continuando la cefalalgia sobrevino repentinamente un acceso de convulsiones clónicas. (La observación no habla nada del estado de la secreción urinaria).

«Al día siguiente, mismo estado, mas delirio de acción y de palabra, que exije el uso de la camisa de fuerza. La muerte se produjo de un modo rápido á las 6 p. m.



« La marcha de la temperatura se encuentra indicada en el gráfico adjunto. — Dr. Otero.

VI

Enfermo de fiebre amarilla observado á bordo de la barca «Gerda»—Alta

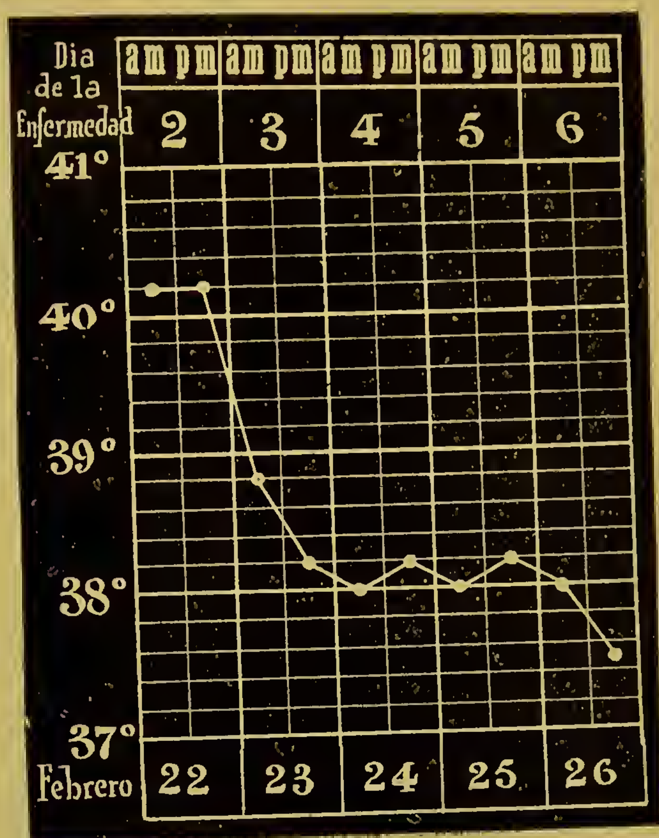
Ernesto Schulemberg, alemán, nacido en el pueblo de Brake, provincia de Oldemburg, de diez y ocho años de edad, soltero, marinero de profesión, tripulante á bordo de la barca alemana «Gerda», la cual procedía del puerto de Río Janeiro; comenzó á sentirse enfermo el 22 de Febrero á bordo de dicha barca y fué atendido y observado por los Dres. Lozano y Cardalda, los cuales tuvieron ocasión de apreciar el siguiente cuadro clínico.

Día 23.—Fuerte cefalalgia; postración, dolores á las piernas, raquialgia; pulso fuerte, regular, rash generalizado, lagrimeo, fotofobia, inyección conjuntival; sensibilidad epigástrica. En este día tomó un purgante de aceite de ricino. Analizada la orina no dió albúmina; las pulsaciones llegaron á 120 por minuto. La temperatura de este dia y de los demás se demuestra en el cuadro térmico que va al final de esta historia clínica.

Día 24.—Fué analizada la orina, no encontrándose albúmina en ella. Persistían los mismos síntomas del día anterior. Tenía 90 pulsaciones por minuto.

Día 25.—Pulso débil y frecuente (120 por minuto), persisten siempre los síntomas enunciados.

Los Dres. Lozano y Cardalda consideran á este enfermo altamente sospechoso y á pesar de no ha-



ber encontrado albúmina, no vacilan en calificarlo de fiebre amarilla.

Día 26.—Pulsaciones 96; han desaparecido los síntomas anteriores y el estado general es bastante satisfactorio, pudiéndose creer que comienza la convalecencia.

A la una de la tarde de este mismo día, fué trasladado al Hospital flotante, en compañía de

otros tres enfermos procedentes de la misma barca, los cuales venían atacados de fiebre amarilla.

En vista de encontrarse en aquellos momentos en un estado muy satisfactorio, se determinó alojarlo separado de los otros tres.

La marcha de la temperatura se encuentra indicada en el trazado adjunto.

Día 27.—Es dado de alta definitivamente.

VII

Enfermo de fiebre amarilla procedente del vapor «Gellivara» observado en el lazareto flotante—Alta.

«**Williams Shesvart,** inglés de 30 años de edad y maquinista del vapor «Gellivara», ingresó al lazareto flotante el 31 de Abril, acusando los siguientes síntomas:

«Ictericia, dilatacion pupilar; cefalalgia y raquialgia; coloración eritematosa del escroto; latidos celiacos, dolor epigástrico, fiebre alta; pulso frecuente y albúmina en las orinas.

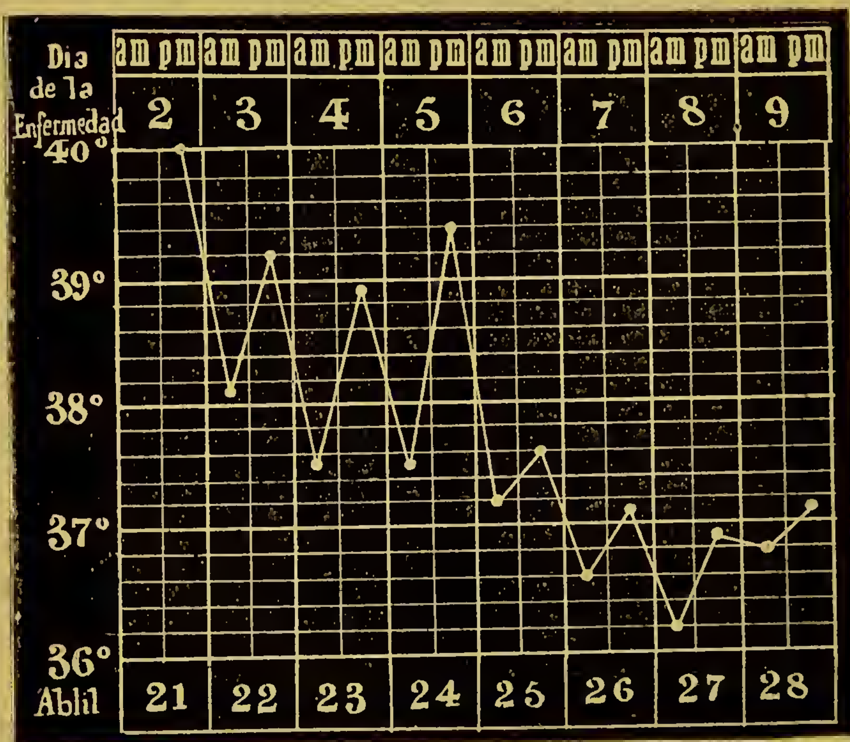
«La enfermedad ha comenzado el día de ayer

con los síntomas comunes, escalofrío, fiebre, raquialgia, etc.

«*Abril 22.*—Continúa bajo la influencia de un cuadro de síntomas correspondientes al segundo período. (Las observaciones termométricas se hallan indicadas en el cuadro gráfico adjunto).

«*Abril 23*—Se acentúan mucho los síntomas mencionados, aunque no con tanta intensidad como en sus compañeros.

«*Abril 24.*—Existe alguna gravedad en el estado actual del enfermo.



«*Abril 25.*—Ha mejorado algo desde las primeras horas de la mañana de este día. El aspecto general que presenta el enfermo, pasado el mediodía, hace pronosticar una terminación feliz.

«*Abril 26.*—Continúa mejorando, aunque paulatinamente.

«*Abril 27.*—Encuéntrase bastante bien. Suspendiósele todo tratamiento y queda en la enfermería solamente por veinte y cuatro horas de observación, para después darlo de alta.

«*Abril 28.*—Es dado de alta definitivamente.»

(Dr. OTERO).

VIII.

Caso de fiebre amarilla procedente del vapor «Porteña» observado en el lazareto flotante. (Fallecido.)

Julio Maigny, francés de 17 años de edad, y camarero del vapor «Porteña» procedente de Río Janeiro, entró al lazareto flotante el 19 de Abril. Los datos recojidos por el Dr. Zavaleta á bordo del mismo vapor, que se relacionan con este enfermo, son los siguientes:

La enfermedad se inició bruscamente la noche del 16 de Abril, comenzando por escalofríos, cefalalgia intensa, dolor renal y raquialgia. Al examen practicado el día 19 ofrecía: lengua blanca y saburrosa en el centro, bordes de un color rojo vivo; no ha tenido aún vómitos biliosos ni hemorrájicos; hay fulijinosidades en los labios y encías; las conjuntivas están inyectadas, los ojos brillantes y salientes; la cara roja y vultuosa; hay gran cantidad de albúmina en las orinas y han desaparecido los dolores y síntomas del primer día para ser reemplazados por la sensación de calma y bienestar, propia del tercer día del ataque amarillo.

«Una vez instalado nuestro enfermo en el lazareto, se le sometió á un reconocimiento detallado, acusando el siguiente conjunto patológico: Dominaron en el enfermo desde las doce horas después de su entrada, como síntoma culminante, los vómitos negros abundantísimos, presentándose á pequeños intervalos; hay además ictericia, fiebre alta (39°8) y gran estupor.

«Fué analizada la orina, dando un buen precipitado de albúmina.

«Con los datos suministrados por el Dr. Zavaleta y por el examen verificado á bordo de este buque hospital, no hubo duda alguna para diagnosticar el presente caso de fiebre amarilla en el segundo período y bajo una forma grave.

«*Abril 20.*—A los síntomas mencionados anterior-

mente, agregaré ahora un estado nervioso semejante á la embriaguez, signo muy significativo en esta clase de pirexia. El individuo continúa muy grave.

«*Abril 21.*—Siguen los vómitos de una manera insistente; el color amarillo de la piel se hace ahora muy pronunciado; hay, además, dolores vivísimos en el estómago, y sobre todo, mucha postración. Su estado es gravísimo.

«*Abril 22.*—Continúa en el mismo estado de gravedad. En la actualidad es imposible ya el hacerle injerir la más insignificante cantidad de alimentos.

«Permanece en la cama bajo la influencia de la adinamia y el estupor aparecidos el día 20.

«Apenas si se mueve, si no es para expeler las materias negras y biliosas que constituyen los vómitos: tiene mucha disnea.

«*Abril 23.*—Pasa todo el día en un estado exactamente igual al del anterior. A la noche sobrevienen dos fuertes vómitos de sangre líquida, y desde este momento, puede decirse, que comienza en él, el período agónico.

«*Abril 24.*—Fallece el enfermo á las 12 m.»

(Dr. OTERO).

IX.

Enfermo de fiebre amarilla procedente de la Barca «Gerda», observado en el lazareto flotante «Dr. Rodolfo del Viso».—Fallecido.—Autopsia.

«**Diedrich Loof**, alemán, nacido en la ciudad de Brake, provincia de Oldemburg, de diez y ocho años de edad, soltero, marinero de profesión, tripulante á bordo de la barca alemana «Gerda»; la que procedía del puerto de Rio Janeiro. Comenzó á sentirse enfermo el día 22 de Febrero, con postración, raquialgia, dolor á las piernas, brazos y cefalalgia. En la actualidad (día 23 á las 2 p. m) persisten los dolores, hay una coloración sonrosada en toda la piel, especialmente en el escroto; existe el rash de las enfermedades infecciosas. En diez horas de observación no se ha podido fijar exactamente la cantidad de orina expelida, obteniéndose una pequeña muestra que dió un abundante precipitado de albúmina. El pulso era fuerte y frecuente, 100 pulsaciones (á las 8 p. m. 110.)

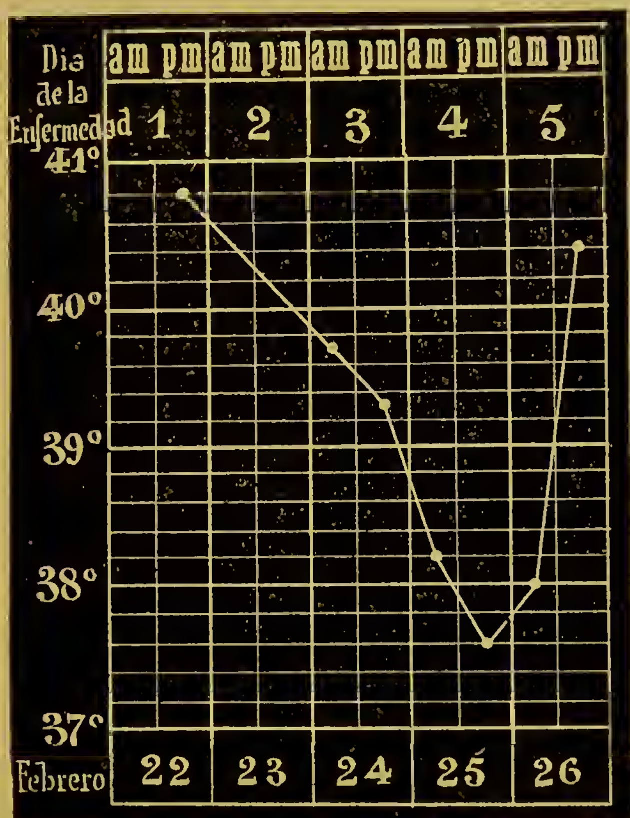
«*Día 24.*—6 a. m.—pulsaciones 104 por minuto, —8 p. m. 100 pulsaciones. Persisten los síntomas apuntados. Principia el segundo período.

«*Día 25.*—8 a. m. Pulsaciones 84. Tinte subictérico de las conjuntivas; la cefalalgia y la raquialgia

han desaparecido. La sensibilidad epigástrica ha aumentado, hay intolerancia gástrica, presentándose luego vómitos biliosos.—8 p. m. pulsaciones 86.

«*Día 26*.—8 a. m. Pulsaciones 96. Continúan los vómitos acompañándose de estrías sanguinolentas; epistasis en la noche; diagnóstico fiebre amarilla (1).

«*Día 27*.– A la 1 p. m. del día de ayer, ingresó al hospital el enfermo Loof. Hé aquí la sintomatología observada en este enfermo durante las doce horas que vivió.



(1) Los datos que anteceden fueron recojidos por los Dres. Lozano y Cardalda á bordo de la barca «Gerda.»

«*1 p.m. del día 26.*—Pulsaciones 104; pulso débil y regular. Hábito externo: tinte subictérico de las conjuntivas; coloración sonrosada de la piel; algunas manchas petequiales aparecen en las paredes anteriores y laterales del abdomen y torax; algo de eritema en el escroto; orificios nasales con sangre coagulada.

«Aparato digestivo. Lengua saburrosa y cubierta de un barniz negro extendiéndose éste á los labios y encías; fuerte sensación de ardor á lo largo del exófago; gran ansiedad y dolor en la region epigástrica; hígado algo aumentado de volumen y también doloroso á la presión; vómitos compuestos simplemente de mucosidades y partículas negras. En estos momentos mantiénese el enfermo en una agitación constante, haciéndose necesario una continua vigilancia para impedir que salga de la cama.

«6 p. m. Pulsaciones 104. Continúan los síntomas mencionados anteriormente, aumentando la ansiedad y dolor epigástrico; los vómitos se hacen ahora muy frecuentes, siendo compuestos siempre de la misma sustancia. Se han podido obtener unos cuantos gramos de orina, que analizada, dá un fuerte precipitado albuminoso. Hay delirio y estupor.

«9 p. m. El estado del enfermo es gravísimo; los vómitos son constituídos de sangre líquida; el pulso es irregular y muy frecuente (120 pulsaciones por minuto). La agitación y ansiedad es extrema.

«El tratamiento á que ha sido sometido este enfermo durante las doce horas de su estadía en el hospital, consiste en unos *cachet* de naftol y quinina, los cuales no ha sido posible hacerle ingerir, no solo á causa de la intolerancia gástrica, sino también por impedirlo la gran agitación y ansiedad que lo domina.

«Unicamente pudo tomar un poco de limonada sulfúrica astringente con hielo hasta las 8 p. m.; pasada esta hora fué ya imposible conseguir que tomara ninguna bebida.

«12 p. m. La temperatura asciende á 41°4. Sobreviene un fuerte vómito de sangre líquida. Entra el enfermo en el período agónico.

«2 a. m. El enfermo acaba de fallecer.

«El diagnóstico es bien claro y preciso: fiebre amarilla en el segundo período.»

(Dr. Otero.)

Autopsia practicada por el Dr. Federico Zavaleta

Diedrich Loof. *Los signos anátomo-patológicos* encontrados en la autopsia de Diedrich Loof, han sido los siguientes:

Hábito externo.—La piel de la cara, parte anterior de los miembros superiores é inferiores, partes laterales del cuello y escleróticas se hallaba fuertemente ictérica; en los labios, encías, lengua y abertura de las fosas nasales

había restos de sangre coagulada y pequeños residuos ó depósitos grumosos del mismo líquido; las hipóstasis estaban bien marcadas en la parte posterior de la çaja toráxica y de los miembros; las hemorragias del tejido celular y de los músculos no eran aparentes.

Aparato respiratorio.—El tejido de ambos pulmones fuertemente carnificado, se hallaba retraído hacia los vértices; no había focos pulmonares hipostáticos bien marcados; los bronquios mostraban los signos de una congestión intensa y la cavidad pleural, adherente, contenía un líquido sero-sanguinolento.

Aparato circulatorio.—El órgano central de la circulación se encontraba en un estado avanzado de putrefacción y contenía coágulos sanguíneos en su interior, sobre todo en el corazón derecho; su consistencia era menor que la normal y había experimentado la degeneración grasosa. El pericardio, distendido por gases, no presentaba las lesiones inflamatorias de la pericarditis, y contenía una pequeña cantidad de serosidad sanguinolenta. Los grandes vasos tenían en su túnica interna una ligera coloración amarilla.

Aparato digestivo.—El estómago, muy distendido por gases, tenía las paredes disminuídas en su consistencia; su contenido estaba formado por un líquido gris-oscuro; en sus paredes internas, congestionadas, se notaban lesiones hemorrágicas puntuadas, dispuestas de tal manera que las dividía en dos zonas distintamente coloreadas; la una lindante con el cardias y con el píloro la otra; igualmente, sus paredes, estaban tormentosas y tenían lesiones de orden catarral.

El intestino delgado contenía un líquido gris análogo al del estómago; las materias fecales eran de color negro; no había exudaciones crupales ni se encontró tumefacción aparente de las vellosidades. En el intestino grueso no

se encontró hemorragia; no estaba ulcerado ni disminuído su calibre. En las glándulas mesentéricas no se observó nada digno de mención.

El hígado con su cápsula adherente, había aumentado de volumen y disminuído de consistencia, su color era gris verdoso, la putrefacción estaba muy avanzada y no había sufrido la degeneración esteatógena; los conductos biliares estaban permeables y el contenido de la vesícula biliar, que se hallaba dilatada por gases, estaba formado por una mezcla de *mucus*, de bilis y de sangre. El bazo era normal en lo que concierne á su consistencia y á su volumen.

Aparato urinario.—El riñón sin esquímosis y sin lesiones de naturaleza catarral, tenía adherente su cápsula y era normal su volumen. La vejiga completamente retraída y vacía, mostraba lesiones catarrales y hemorrágicas muy poco marcadas.

Sangre:—Negra y difluente, no se coagulaba ni enrojecía al contacto del aire.

Conclusiones:—1ª Las lesiones consignadas pertenecen por completo á la infección amarilla. Ellas son, en efecto, de naturaleza esteatógena y hemorrágica, y prueban:

2ª Que Diedrich Loof ha muerto de fiebre amarilla en el segundo período.

X

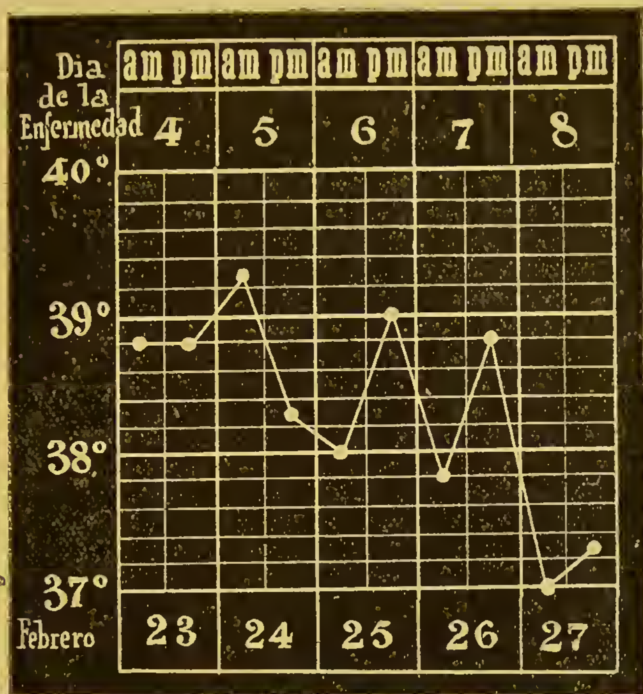
Enfermo de fiebre amarilla, atendido en el lazareto flotante—Alta

«**German Wellburg**, alemán, nacido en la ciudad de Iburg, provincia de Hanower, de 28 años de

edad, soltero, cocinero de profesión, tripulante á bordo de la barca alemana «Gerda», la cual procedía del puerto de Río-Janeiro. Se enfermó en el día 19 del mes de Febrero, empezando la afección bruscamente con intensa cefalalgia, postración, raquialgia y dolor á las piernas. Vómitos biliosos al principio.

«*Día 23.*—Estado del enfermo á las 11 a. m. hora en la cual se le hizo el primer reconocimiento: subsisten los síntomas enunciados anteriormente. Hay un rash hiperémico en la piel, anemia en las conjuntivas; lengua saburrosa; sensibilidad epigástrica y abdominal; á la presión siente dolor en la región renal; congestión hepática; orina albuminosa y escasa en cantidad. Hay en este día gran postración y dolores.

«*Día 24.*—La sensibilidad renal, epigástrica y abdominal persisten; la lengua es saburrosa en el centro y roja en los bordes; no ha desaparecido del todo el rash; hay también una ligera inyección del escroto; no ha habido intolerancia gástrica; el hígado está ligeramente aumentado de volumen; el bazo es normal á la presión. La orina continúa siendo albuminosa y disminuída en cantidad. Pulsaciones 80 por minuto (casi en todo el día).



«*Día 25.*—8 a. m. Puls: 76; han disminuído los síntomas anteriores; la lengua se ha limpiado. Encuéntrase mejor. 8 p. m., 90 pulsaciones. El tratamiento observado con el enfermo ha consistido en dieta, quinina y limonada cítrica.

«*Febrero 26.*—8 a. m. Puls: 76 Sigue la mejoría. (1)

«A la 1 p. m. de este día fué trasladado á este hospital; examinado el enfermo, ha dado el siguiente cuadro de síntomas.

«Ictericia muy pronunciada en las conjuntivas;

---

(1) Los datos que anteceden han sido recogidos por los Doctores Lozano y Cardalda á bordo de la barca «Gerda».

algo menos en la piel, un poco de postración. Pulso lento (de 60 á 70 pulsaciones por minuto). Temperatura 38° 8. Hay un poco de diarrea. El estado general del enfermo es bastante satisfactorio y tódo hace prever una pronta y franca mejoría.

«*Día 27.*—El enfermo encuéntrase hoy sumamente mejorado; al medio día después de comer abandona la cama.

«*Día 28.*—Ha sido dado de alta en la mañana del día de hoy.

«El tratamiento observado con este individuo en el corto tiempo que estuvo en la enfermería, fué el siguiente. Salicilato de bismuto para combatir la diarrea; Poción Jaccoud al principio y más adelante vino de quina, continuando con éste durante la convalecencia.»

(Dr. Otero.)

XI

Enfermo de fiebre amarilla abordo del vapor «Porteña»—Alta

José M. Kerohat, francés, de 29 años, foguista del vapor «Porteña» se hallaba en el período de convalecencia de la fiebre amarilla cuando fué

examinado el día 20 de Abril por el inspector sanitario Dr. Federico Zavaleta.

Sus antecedentes suministrados por el médico de á bordo y por el mismo enfermo autorizaban ese juicio. En efecto, la enfermedad había dado principio de un modo rápido el 12 del corriente por un escalofrío intenso, cefalalgia, dolores en los miembros y en la región lumbar; estos síntomas se acompañaron de fiebre, malestar, nauseas y luego de vómitos biliosos.

En los días subsiguientes, lós vómitos se hicieron sanguinolentos y luego tomaron un color negro acentuado. Estos fenómenos coincidieron con dolores en el epigastrio, agitación, delirio y demás manifestaciones propias á la modalidad común de esta enfermedad.

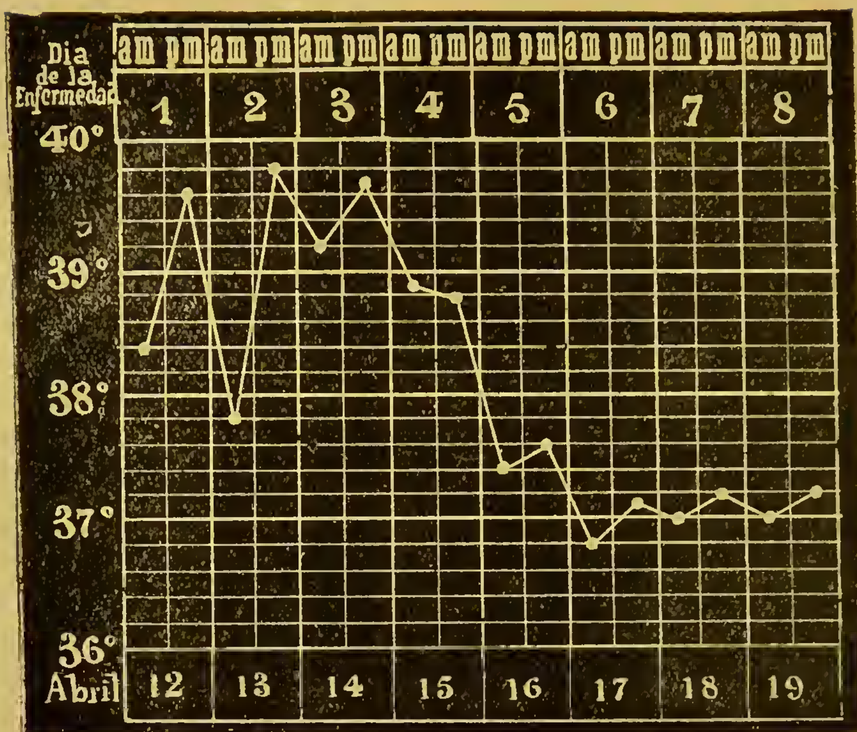
El Dr. Zavaleta halló á este individuo bastante postrado aún, conservando todavía una ictericia bien marcada y signos reveladores de manchas petequiales sobre la piel del torax y abdomen.

En este estado entró al lazareto flotante, cuyo médico halló los síntomas siguientes:

Ictericia general, ligeros vómitos de materias biliosas y mucosas; descenso de la temperatura y gran debilidad; orina albuminosa.

Abril 22.—Es dado de alta.

La exploración termométrica hecha por el médico de abordo dió la curva indicada más abajo.



XII

Enfermo de fiebre amarilla procedente del vapor «Porteña» observado en el lazareto flotante «Doctor Rodolfo del Viso»—Alta.

Emilio Poasevara, de 18 años de edad, grumete del «Porteña». Ingresó al lazareto á las 4 p. m. del día 21; acusando los siguientes síntomas; mucho dolor de cabeza y renal, inyección roja de la cara y lagrimeo; erosión del escroto; signos evidentes de un catarro gastro. intestinal. 38° 9 de temperatura y 195 pulsaciones.

Su enfermedad había empezado la noche anterior por un violento escalofrío seguido de fiebre, cefalalgia; inyección hiperémica del rostro, córneas brillantes, malestar general, manifestándose pocas horas después la raquialgia. La temperatura por la mañana llegaba á 40° (Dr. Zavaleta).

Con este cuadro de síntomas y teniendo muy en cuenta los antecedentes, el modo del principio de la enfermedad, no se dudó en diagnosticarlo de fiebre amarilla en el segundo día. (Dr. Otero).

Se le administró un purgante de calomel.

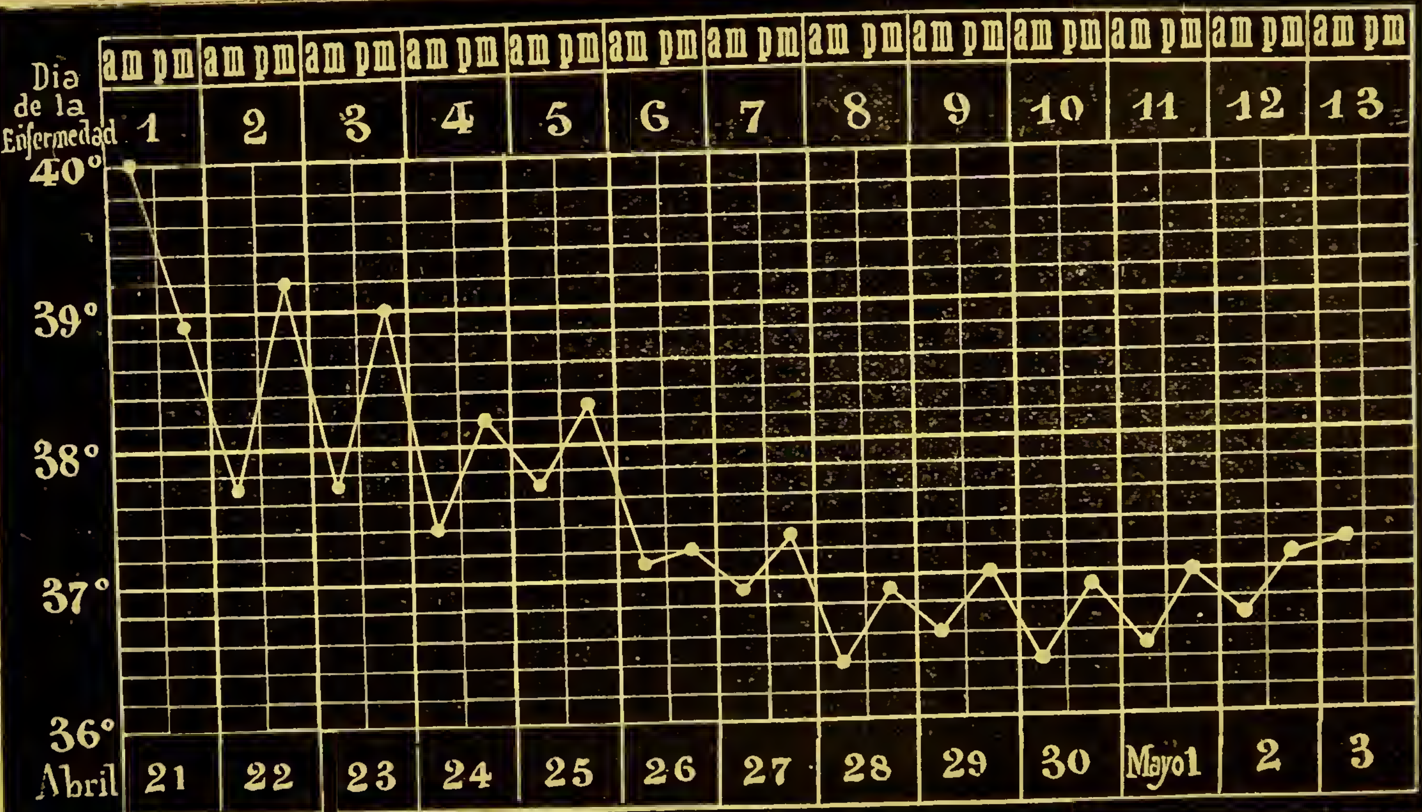
«*Abril 22.*—Continúa con las mismas novedades del día anterior. En la actualidad sufre aún la acción del purgante.

«*Abril 23.*—Encuéntrase al finalizar el primer período. Su estado general hasta el presente no implica ninguna gravedad.

«*Abril 24.*—Amanece hoy con vómitos, diarrea, lijera ictericia y en general con todos los síntomas el comienzo del 2° período. Sin embargo, su estado no inspira aún cuidado alguno.

«*Abril 25.*—Han disminuído algún tanto los vómitos; no así la diarrea la cual se hace ahora más frecuente. Hay sensación de peso en el estómago. Sus orinas acusan por el calor un fuerte precipitado de albúmina.

«*Abril 26.*—Amanece hoy algo aliviado, pero aún persiste la diarrea, la cual lo tiene bastante postrado.


Dia de la Enfermedad
am pm
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
40°
39°
38°
37°
36°
Abril
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 Mayo 1 2 3

«*Abril 27.*—Continúa la diarrea, haciéndose aún más frecuente que en los días anteriores. Su estado de postración por el momento es tal, que inspira algún cuidado en su pronóstico.

«*Abril 28.*—Ha mejorado algo desde la tarde del día de ayer hasta el presente. Ha disminuído también el flujo intestinal.

«*Abril 29.*—Continúa la mejoría.

«*Abril 30.*—Ha desaparecido completamente la diarrea que por tanto tiempo ha dominado el estado patológico del enfermo. Encuéntrase en la actualidad sumamente débil.

«*Mayo 1°.*—Nada es posible avanzar aún con seguridad respecto á la terminación favorable ó fatal que puede sobrevenir á este enfermo. Puede decirse que en él, la fiebre amarilla hizo presa de una manera franca, desplegando un cortejo sintomatológico completo en sus dos primeros períodos y bajo una forma bastante intensa y prolongada. Hay mucha ictericia.

«*Mayo 2.*—Encuéntrase desde hoy con alguna más fuerza, habiendo abandonado la cama por algunos momentos.

«*Mayo 3.*—Queda tan solo la debilidad consiguiente á un proceso mórbido de forma tan intensa y prolongada como el que ha sufrido. Para apreciar la marcha de la temperatura, véase el gráfico adjunto.

Al medio día fué dado de alta.—(Dr. Otero.)

XIII

Enfermo de fiebre amarilla procedente del vapor «Progreso Argentino» observado en el lazareto flotante «Dr. Rodolfo del Viso».—Alta.

Pio Lodovico, italiano, nacido en el pueblo de Galliarte, provincia de Novara, de cuarenta años de edad, blanco, soltero, enfermero de profesión; ocupaba el puesto de enfermero en este hospital. Se enfermó el 28 de Febrero, á las 8 de la noche.

««Trátase en el presente caso de un individuo de temperamento sanguíneo, de constitución fuerte y robusta, el cual manifiesta no haber tenido en mucho tiempo enfermedad ninguna. En estos últimos días ha tenido á su cuidado varios enfermos de fiebre amarilla, y ha estado en conttacto continuo con Diedrichoof por haber sido necesario en este último enfermo una constante vigilancia á fin de evitar accidentes.

«Fuí avisado á las 8 p. m. del día 28 para visitar á Pío Lodovico, encontrándose éste ya en cama con quebrantamiento general y dolores en todos los músculos, cefalalgia frontal gravativa; pulso fuerte y frecuente (102 pulsaciones por minuto). Temperatura 38°8.

«Díceme el enfermo que esta tarde comió ya con

poco apetito, habiendo sentido los primeros síntomas media hora después.

«12 p. m. Temperatura 40°4. Pulsaciones 104.

«A esta hora se acentúan más los dolores en las extremidades y cefalalgia. La alta temperatura mantiene al enfermo en una regular agitación é inquietud. En este estado pasa toda la noche. No hay delirio, ni albúmina en la orina.

«*Marzo 1°*—El enfermo encuéntrase relativamente más tranquilo; pero subsisten los dolores y el quebrantamiento general: hay dos vómitos biliosos. Temperatura á la mañana 37°7. Pulsaciones 80.

«A las 5 de la mañana tomó un purgante compuesto de aceite de ricino, 40 gramos, 0.40 centg. de polvos de ruibarbo y 0.80 centígramos de calomel.

«2 p. m. El enfermo continúa en el mismo estado y sujeto á la acción del purgante. La temperatura sube á esta hora á 38°8.

«12 p. m. Temperatura 39°3. Puls. 80. Persisten los síntomas enunciados anteriormente.

«*Marzo 2.*—7 a. m. Temperatura 38°4. Puls. 80. El enfermo ha pasado la noche más tranquila que la anterior; sin embargo, la cefalalgia es intensa y la remisión matinal de la fiebre ha sido hoy menor que la de ayer. No hay aun síntoma ninguno en el aparato digestivo.

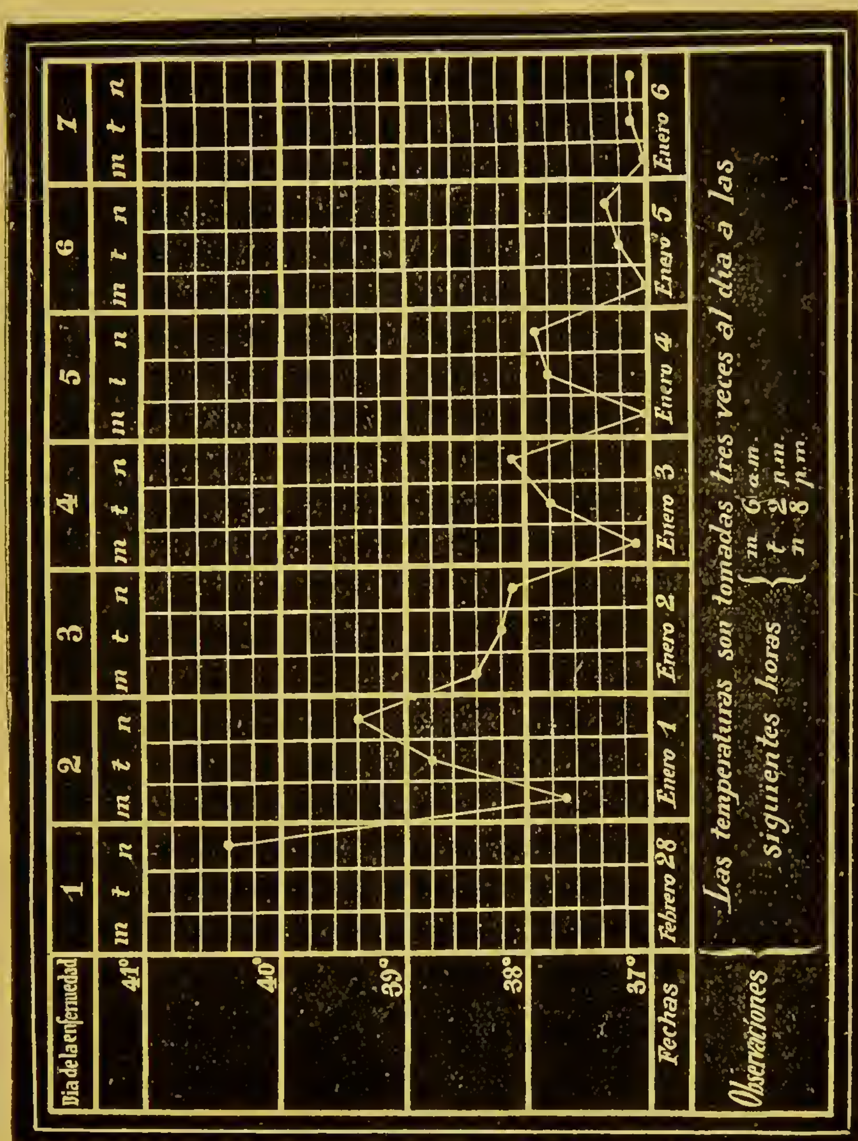
«12 m. Continua la cefalalgia y los dolores musculares. Temperatura 38°2.

«5 p. m. Temperatura 38°1. Se han presentado algunos vómitos biliosos; la lengua es blanca y saburrosa; el individuo acusa sensación de ardor en el estómago y á lo largo del exófago. Hay inyección de la cara, cuello y parte anterior del torax. La orina es escasa y de un color rojo subido, no hay albúmina en ella.

«*Marzo 3.*—8 a. m. Temperatura 37°1. Continúa la cefalalgia con intensidad; han desaparecido los dolores musculares; es más manifiesta hoy la inyección en la cara, extendiéndose á los ojos; hay en éstos lagrimeo, dilatación de la pupila y fotofóbia. La lengua continúa siempre saburrosa, engrosada y de color blanquecino; quéjase el enfermo siempre de ardor en el estómago y exófago; pero sin llegar á un grado extremo; hay anorexia, sed viva; han desaparecido los vómitos espontáneos, sin embargo, aun existe un poco de intolerancia gástrica comprobada por las nauseás y regurgitaciones que vienen después de injerir alguna pequeña cantidad de líquido.

«La orina siempre es febril, habiéndose podido ayer comprobar en ella, una pequeña cantidad de albúmina. El pulso es blando (de 70 pulsaciones por minuto).

«12 p. m. Temperatura 37°8. Después de la remisión matinal de esta mañana, ha sobrevenido un poco de fiebre y juntamente con ella una diaforesis abundante provocada por una inyección hipodérmica de pilocarpina.



NOTA—En las casillas de este cuadro donde dice *Enero* 1, 2, 3, 4, 5 y 6 debe leerse *Marzo.*

«8 p. m. Temperatura 38°1. Pulsaciones 82. Continúa la diaforesis; el individuo se da cuenta exacta de su situación y se somete de una manera discreta y obediente al tratamiento que se le ha impuesto.

«*Marzo 4.*—8 a. m. Siguen los sudores profusos, sostenidos por una segunda inyección hipodérmica de clorhidrato de pilocarpina. Apesar de estar en el cuarto día de la enfermedad, aun no se han presentado signos seguros de la localización y aún la misma reacción se puede calificar de moderada. Considero esta sudación abundante como buen fenómeno crítico que ha de influir favorablemente en la terminación de la enfermedad. A esta hora la temperatura es normal.

«12 m. Encuéntrase el enfermo muy mejorado. Temperatura 37°5.

«9 p. m. Temperatura 37°9. Sigue la mejoría.

«*Marzo 5.*—8 a. m. Temperatura 37°. Pulsaciones 68.

«Hállase el enfermo muy aliviado; sin embargo, queda aún el dolor de cabeza, el cansancio y la fatiga consiguiente á un estado patológico como el pasado, el malestar del estómago y otros síntomas.

«8 p. m. El enfermo ha pasado el día en buen estado. Ha desaparecido casi la totalidad de los síntomas notados últimamente, no quedando tan solo sinó un póco de intolerancia gástrica y la pos-

tración y debilidad consiguiente á todo proceso de forma é grave intensa. Empieza á tomar un poco de caldo y vino de quina.

«*Marzo 6.*—Encuéntrase el enfermo muy mejorado. Tratamiento en la actualidad: vino y aguas alcalinas. Alimentos, caldo y té con leche.»

(Dr. OTERO)

XIV

Enfermo de fiebre amarilla procedente del vapor «Progreso Argentino» observado en el lazareto flotante «Dr. Rodolfo del Viso»—Fallecido—Autopsia.

«**Pío Iriza Mendilurce**, español, nacido en el pueblo de Iturmendi, provincia de Navarra, de veinte y ocho años de édad, soltero, marinero de profesión, tripulante abordo de la barca argentina «Progreso Argentino», la cual procedía del puerto de Río Janeiro.

«Se enfermó el día 28 de Febrero abordo de dicha barca y fué trasladado á este lazareto, el día 2 de Marzo á la 1 p. m. sin que haya sido posible obtener dato alguno respecto de su enfermedad,

en los días que estuvo enfermo en el referido buque. (1)

«Durante las pocas horas que vivió en nuestra enfermería, tuve sobrada ocasión de presenciar en él un cuadro de síntomas completo y suficiente para poder diagnosticar con certeza que se trataba de un caso de fiebre amarilla en una forma sumamente grave. Icteria generalizada, vómitos abundantes y característicos, compuestos de materia negra; ansiedad y dolor vivísimo en el epigastrio, pequeñas hemorragias pasivas de las mucosas; trastornos cerebro-espinales de notoria significación; fiebre altísima (40°3), anemia completa. Tal fué la síntesis clínica á contar desde la 1 p. m. hora de su entrada á la enfermería hasta las 9 p. m. que comenzó el período agónico.

«A las 11 y 30 del mismo día, dejó de existir.

«Tratamiento que le fué impuesto: limonada clorhídrica con hielo; inyección hipodérmica de eter.»

(Dr. OTERO)

(1) Sin embargo resulta del informe del Dr. Allende que la enfermedad había empezado del 26 al 27 de Febrero y cuando él lo observó el 2 de Marzo encontró los síntomas siguientes: —temperatura 38°, pulso lento é irregular, lengua saburrosa con puntos negros en su centro y bordes; las encías y mucosa bucal con igual puntillado negrusco, icteria, inyección conjuntival, lagrimeo y fotofobia, dolor epigástrico, lumbar y en la región hepática al punto de no poder ser examinado; vómitos negros, melena, estupor y adinamia.

Autopsia practicada por el Dr. W. Acevedo

Aspecto exterior.—Sin rigidez cadáverica; el proceso de putrefacción sumamente adelantado como pudo verse por la coloración violácea oscura de la piel del torax, cuello, cara y cuero cabelludo; el escroto y pene fuertemente distendidos, los ojos casi completamente salidos de las órbitas. Hay sangre líquida negra y coágulos en las encías, fosas nasales y boca. La coloración externa apenas ictérica. Se ven una que otra petequia. Incindida la piel, los músculos presentan algunos puntos hemorrágicos.

Cavidades: torácica.— El corazón flácido, su tejido fácil de desgarrar, contiene en los ventrículos algunos coágulos de débil consistencia. El pericardio tiene entre sus hojas pequeña cantidad del líquido sanguinolento en el que sobrenadan corpúsculos brillantes semejantes á grasa. El panículo adiposo del órgano muy desarrollado y de color amarillo subido.

Pulmón—Muy avanzada la putrefacción; no permite ver signos apreciables; hay algunas adherencias á las pleuras, sobre todo en la parte media y lateral. Las pleuras contienen cantidad de un derrame fuertemente coloreado en sangre, que se escapa al hacer una punción y se ennegrece al contacto del aire.

Abdomen.—El estómago fuertemente distendido por gases, presenta la zona de congestión del cardias y principio del exófago, bien marcada. En el interior hay unos doscientos gramos de líquido negro característico, las paredes están tomentosas y la zona congestionada mencio-

nada, se vé bien clara en el interior; no hay lesiones ulcerosas.

Hígado—Tiene una coloración verde oscura, con algunas zonas de un color más claro, amarilloso. Su tejido es seco y no cruge al escalpelo. Hay además algunas adherencias al estómago y órganos vecinos de la cavidad abdominal. La vesícula biliar con coloración amarillo-verdosa muy fuerte; incindida deja salir pequeña cantidad de bilis oscura, tinta en sangre y con corpúsculos brillantes semejantes á grasa.

Bazo—Sin mayor alteración; sus paredes tienen un tinte verde oscuro, su tamaño normal. Muy avanzada la putrefacción en este órgano.

Intestino delgado—Distendido por gases, tiene fajas coloreadas de un rojo intenso. Al interior sus paredes están congestionadas por placas en casi toda su extensión y al incindirlo se escapa cantidad considerable de líquido melánico bien caracterizado. No hay lesiones de carácter ulceroso en las placas de Peyer y folículos.

Intestino grueso—Congestionado en parte, sin lesiones inflamatorias bien definidas, contiene pequeña cantidad de materias semi-líquidas de color oscuro.

La vejiga completamente retraída, sin lesiones inflamatorias en sus paredes y con unos 15 gramos de orina turbia y amarillenta.

Riñones—Adherentes á la cápsula, su tejido exangüe y ligeramente amarilloso, no presenta signos inflamatorios. El panículo adiposo está bien desarrollado.

La putrefacción muy avanzada en estos órganos, no permitía ver más lesiones que las descriptas.

Conclusión—Las lesiones señaladas corresponden á las de la *fiebre amarilla*.

XV

Enfermo de fiebre amarilla procedente de la barca «Gerda» observado en el lazareto flotante «Doctor Rodolfo del Viso»—Alta.

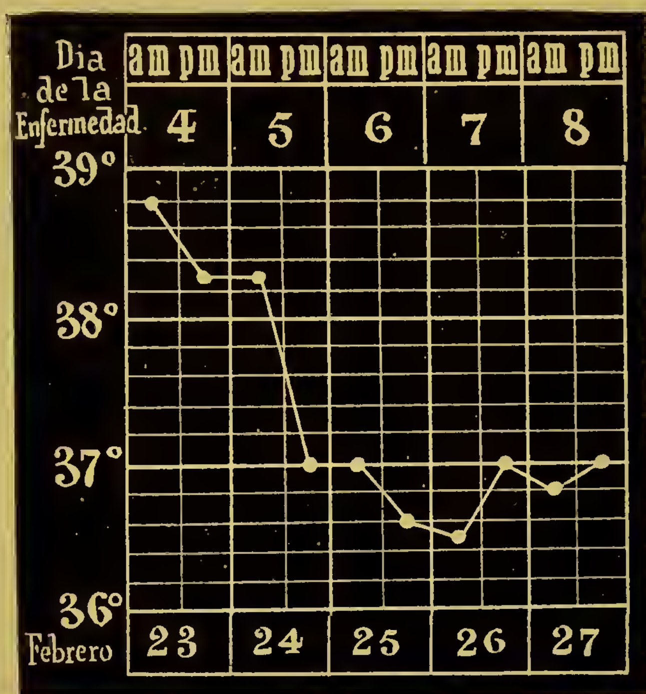
«**Guillermo Muller**, alemán, nacido en la ciudad de Pammern, provincia de Pammern, de veinte y cinco años de edad, blanco, soltero, marinero de profesión, tripulante abordo de la barca alemana «Gerda», la cual procedía del puerto de Río Janeiro. Comenzó á sentirse enfermo el diez y nueve de Febrero, principiando bruscamente con intensa cefalalgia, postración, raquialgia y dolor á las piernas.

«Tuvo vómitos en el primer momento, continuando después en ese estado y con todos los síntomas de un catarro gástrico febril.

«*Día 23.*—11 a. m. Nótase una remisión en los síntomas acusados anteriormente; los dolores han desaparecido, subsiste la postración.

«El color de la piel es blanco pálido, hay anemia conjuntival, eritema del escroto con una vesícula ulcerada; la lengua es saburrosa con un barniz blanquecino en las encías; la sensibilidad epigástrica y abdominal es poco acusada; siente dolor á la presión en la region renal; el hígado sobresale del borde de las costillas falsas y la región es

muy sensible; hay indudablemente una congestión ligera del órgano; el bazo es normal á la percusión; la orina es albuminosa y deja un buen precipitado por el calor y el ácido nítrico, siendo también poco abundante, aunque no se ha podido precisar la cantidad espelida. El pulso es blando y regular (68 pulsaciones por minuto, á las 11 a. m.) A las 8 p. m. 70 pulsaciones.



«*Dia 24.*—6 a. m. Pulsaciones 75. Continúa en el mismo estado descripto. Con esta sintomatología, el diagnóstico de fiebre amarilla queda establecido.

«Tratamiento—Dieta; quinina, limonada cítrica. A las 8 p. m., 68 pulsaciones por minuto.

«*Día 25.*—8 a. m., 48 pulsaciones, pulso débil y lento. Presenta un lijero tinte subictérico en las conjuntivas, lengua más húmeda, no siente dolores, está más aliviado.

«8 p. m. Pulso 50. Continúa el mismo estado (1).

«*Día 26.*—8 a. m. Pulso 60. La mejoría continúa.

«A la 1 p. m. de este día fué trasladado el enfermo á este lazareto y alojado en la cama núm. 7 de la enfermería. Fué sometido á un severo examen, dando por resultado el siguiente cuadro de síntomas:

«Icteria conjuntival. Pulsaciones 68 por minuto; pulso blando y regular; un poco de postración, orina amarilla, turbia y albuminosa; lengua saburrosa; hay estreñimiento. En general el aspecto del sujeto es bastante satisfactorio. Se le puso el siguiente tratamiento: Dieta láctea—Poción Jaccoud —Limonada vinosa; á la noche un enema emoliente.

«8 p. m. Continúa el enfermo en el mismo estado; tiene 68 pulsaciones por minuto.

»*Día 27.*—8 a. m. Èl pulso sigue siendo lento (62 puls.), sin embargo, el enfermo ha amanecido

(1) Los datos que anteceden han sido recojidos por los Dres. Lozano y Cardalda, á bordo de la barca «Gerda».

muy mejorado. Abandona la cama; continúa el mismo tratamiento.

«8 p. m. El día lo ha pasado perfectamente bíen. Empieza á tomar desde esta tarde algo de más alimento.

«*Día 28.*—8 a. m. Ha sido dado de alta definitivamente y alojado en el salón de convalecientes.»—*(Dr. Otero).*

LEGISLACIÓN SANITARIA

CAPITULO I

Consideraciones sobre la Convención Sanitaria celebrada entre la República Argentina, la República Oriental del Uruguay y el Imperio del Brasil.

SUMARIO:—Consideraciones generales.—Memoria sobre esta Convención presentada al Congreso Medico de Berlín por el delegado del gobierno argentino, Dr. D. Telémaco Susini. — Transcripción de este documento que comprende:—Estudio de la Conferencia de Constantinopla: sus conclusiones sobre el cólera.—Estudio de la Conferencia de Viena que fué una revisión de la anterior. —Análisis de la Convención de Washington destinada á estudiar la profilaxia de la fiebre amarilla y que no llegó á conclusiones fundamentales. —Conferencia de Roma: sus conclusiones resumen las admitidas en los Congresos anteriores y legisla sabiamente sobre la profilaxia internacional; creó una oficina central de información; estableció la obligación de la información recíproca de los casos de enfermedades exóticas; los agentes y medios de desinfección que debían emplearse; la importancia del aislamiento; las condiciones de los navíos; la ventaja de las estufas de desinfección; de los médicos embarcados; la fiscalización de los Cónsules sobre el tratamiento sanitario; las condiciones para la libre plática y el procedimiento á seguirse con los buques infectados.—Consecuencias que se desprenden del estudio de estas Convenciones.—Congreso de Viena del año 1887.—Consideraciones sobre nuestras epidemias; origen de las epidemias de cólera; papel de la inmigración; condiciones de los vapores que la transportan.—Del valor de las informaciones.—La Convención de Río Janeiro: clasificación de los puertos, 1° infectados, 2° sospechosos.—Su declaración es atributiva de los gobiernos respectivos. Sus servicios sanitarios son uniformes para las tres altas partes contratantes.—De los Cónsules como agentes de información.—Clasificación de los navíos y objetos sospechosos ó susceptibles de retener ó trasmitir contagios.—De la patente de sanidad; condiciones que debe llenar y autoridades que deben firmarla y visarla.—Clasificación de la patente: limpia, sucia.—Establecimiento de lazaretos fijos y flotantes.—Ejemplo sobre el tratamiento sanitario de los navíos infectados ó sospechosos.—Condiciones de los navíos acojidos á la Convención.—Importancia de los inspectores sanitarios y su papel durante el embarque y la travesía.—Concepto del término cuarentena empleado en esta Convención —Conclusiones.—Texto de la Convención.

Esta Convención sanitaria internacional, la más

importante que sobre cuestiones de esta naturaleza haya celebrado nuestro país, y que era hasta cierto punto indispensable para mantener la libre comunicación y la armonía en las relaciones comerciales que nos ligan con nuestros vecinos, vino á resolver uno de los problemas más trascendentales de prcfilaxia, por cuanto sustituyó al sistema arbitrario de defensa irregularmente establecido, por reglas fijas é invariables fundadas en los progresos científicos.

El Brasil aspiraba á obtener la libre entrada de sus procedencias en los puertos del Río de la Plata y éstos pretendían iguales franquicias para sus productos comerciales en los puertos brasileros. El primero era y es un país de endemia para la fiebre amarilla, los segundos son inmunes á este respecto. Sin embargo y á pesar de esta diferencia tan fundamental, el arreglo fué establecido y la Convención Sanitaria firmada en Río Janeiro el 25 de Noviembre de 1887, recibió su aprobación por nuestro Gobierno en Enero de 1888. Este ajuste internacional estuvo en vigencia desde esa fecha hasta el mes de Agosto de 1893 en que caducó por haber sido denunciado por el gobierno brasilero.

La Convención favorecía incuestionablemente al Brasil puesto que despojaba á este país de su calificativo de país de endemia para la fiebre amarilla, viniendo á colocarlo en idénticas condiciones de salubridad que á los puertos del Río de la Plata,

donde jamás ha reinado endémicamente ninguna enfermedad viajera. Pero la misma Convención protejía también á estos últimos, porque los armaba con instrumentos de legítima defensa contra las importaciones de ese mal, siempre que los puertos brasileros no se resguardaran debidamente entre sí de esa enfermedad que anualmente recrudece de una manera epidémica en alguno de ellos.

Una sola cuestión difícil podría quizá haberse suscitado; pero por fortuna el caso no se presentó, y habría sido aquella en que los puertos del Río de la Plata se hubieran visto invadidos por la fiebre amarilla importada de las Antillas, por ejemplo. ¿Qué tratamiento sanitario habría tenido derecho á imponernos el Brasil cuando sus principales puertos son ordinariamente un foco perenne de esta enfermedad?

La Convención sanitaria de Río Janeiro fué bastante previsora: no se limitó únicamente á legislar y establecer reglas de profilaxia para la fiebre amarilla, sinó que también tuvo en vista otras enfermedades trasmisibles y esencialmente viajeras como el cólera indiano y la peste oriental, viniendo de este modo á crear una traba á las epidemias europeas que como el cólera, en especial, hace doce años continuos que no cesa de reinar bajo forma epidémica. En este sentido la Convención fué un tratado internacional de mutua defensa entre cada una de las tres partes contra-

tantes y de éstas, reunidas, contra las importaciones europeas.

Pero el cumplimiento de este ajuste creó erogaciones extraordinarias en los tres países que no pudieron todos satisfacer regularmente; y algunas de sus determinaciones no llegaron nunca á hacerse prácticas por tal motivo. La instalación de los pontones en los puertos destinados á servir como lugares neutros para recibir los pasajeros, la carga y correspondencia, facilitando de esta manera el comercio y el libre tránsito, jamás se llevó á efecto. La institución de los Inspectores Sanitarios de navío que tan importante papel representa en este sistema de profilaxia, tampoco fué creada. Ápenas si la República Argentina después de una lucha tenaz con los agentes de las compañías de navegación consiguió imponerlos en los tiempos de epidemia en los puertos de procedencia á los vapores que á ella se dirijían. Finalmente, el servicio de desinfección y las instalaciones indispensables que requieren, no fueron establecidas de acuerdo con la reglamentación acordada.

Ahora bien, para que el lector pueda apreciar en todos sus detalles las ideas científicas que presidieron á la confección de ese tratado y las razones en que se apoyaron sus principales bases, dejamos la palabra al Dr. Telémaco Susini, delegado técnico de la República Argentina, quien

expresa todo su pensamiento en la extensa Memoria, presentada en igual carácter, al Congreso médico de Berlín y que á continuación transcribimos íntegra con su consentimiento.

« Cuando el gobierno italiano reunía la conferencia sanitaria de Roma, escuchando el voto emitido por el Congreso internacional de higiene y demografía reunido en La Haya, tentaba una empresa colosal por las dificultades que tenía que vencer para llegar al resultado propuesto, á la par que inmenso por los beneficios que en todo caso serían su consecuencia.

« Era la sexta vez que se hacía una tentativa para tratar de coordinar medidas preventivas de las enfermedades epidémicas y sobre todo medidas contra las invasiones del cólera, y aunque el resultado de ésta como el de las conferencias anteriores haya sido negativo, no creo esté de mas recordar el espíritu de todas y particularmente de ella, para ilustrar aquella cuyo estudio forma el tema de esta disertación y que más feliz que las precedentes ha podido convertirse en realidad y tener sobre sí una práctica de dos años ya, que han venido á demostrar su bondad.

« Haciendo á un lado las dos conferencias de París del 51 y del 59, que en realidad no forman sino una sola, pues la segunda se disolvió antes de llegar á un resultado, y la primera, si bien tuvo un principio de ejecución práctica, en cuanto se siguió

un tratado firmado por la Cerdeña, la Francia y Portugal tenía un círculo de acción muy extrecho, solo tenemos á estudiar las conferencias de Constantinopla, Viena, Washington y Roma.

« La conferencia sanitaria de Constantinopla dió un gran paso en atención á que fueron tratadas con gran acopio de ciencia casi todas las cuestiones referentes al cólera, y sus concluciones forman aún la base de nuestros conocimientos actuales.

« Resolvió que el cólera tiene su origen exclusivo en la India y que en las demás partes nunca se desarrolla espontáneamente y es siempre importado en ellas (teoría de la importación); que el cólera es trasmisible por medio del hombre á hombre y las epidemias marchan con arreglo á los medios de comunicación; que la enfermedad puede ser trasmitida por los objetos de uso procedentes de un lugar infectado, especialmente por los que han servido á los coléricos y que en todo caso basta un solo individuo enfermo para dar lugar al desarrollo de una epidemia, (teoría del contagio); que las comunicaciones marítimas son por su naturaleza las más peligrosas y las que más seguramente trasportan el cólera á lo lejos; que el desarrollo de las epidemias está en proporción con la falta de condiciones higiénicas de la localidad, con la aglomeración de los habitantes, con la estación y con las condiciones del suelo, (teoría de la disposición de tiempo y de lugar); que el principio

generador del cólera reside en la diarrea (teoría del génesis); que la incubación del cólera no pasa de cierto número fijo de días, (teoría de la incubación).

« Las medidas profilácticas se desprendían claramente de estas conclusiones y con arreglo á los conocimientos de la época y más que todo á las costumbres ó intereses más ó menos bien entendidos de los diversos países: combatir el cólera en su lugar de origen, en las causas (peregrinaciones, etc,) que concurren á propagarlo, en la desinfección de los objetos contaminados ó sospechosos, en la imposisión de cuarentenas, establecidas con arreglo á bases racionales y conforme á los progresos de la ciencia, y las fijó en su duración con arreglo al período de incubación de diez días establecido para el cólera, y ya hizo una distinción importantísima entre los buques que tenían ó no médico comisionado á bordo y si bien en ambos casos ya establecía diferencias á favor de los buques que hubieran tenido una travesía larga sin accidente colérico á bordo, los de la primera categoría eran muy beneficiados. Mientras los buques sin médico, en viaje de 15 á 30 días y sin accidente se veían sometidos á una cuarentena de 5 días y desinfección, y á una observación de 24 horas cuando el viaje era más de 30 días, los que llevaban médico contaban ya los días de cuarentena con los de travesía y aquellos eran disminuídos proporcionalmente á la duración de ésta, y de nueve días en adelante solo tenían una

observación de veinticuatro horas. Por fin, la conferencia votó por el saneamiento de las diversas ciudades, especialmente las marítimas y los puertos á fin de impedir una fácil propagación.

«Por lo que hace á la importante cuestión de Egipto y el Mar Rojo, que es la puerta de entrada del cólera en Europa, llegó hasta aconsejar la supresion temporaria de las comunicaciones marítimas con el Mediterráneo.

«Si bien la conferencia rechazó en general los cordones sanitarios, estableció las cuarentenas de tierra y otras medidas restrictivas.

«La conferencia de Viena, reunida el año 1874, sancionó la mayor parte de estos principios y fué, más que otra cosa, una revisión de la anterior de la cual ha tomado gran parte al pié de la letra. En esta revisión se hicieron sentir asimismo poderosamente los adelantos de la higiene.

«Sancionó las mismas conclusiones en cuanto al origen, contagio y trasmisión del cólera, y, lo mismo que la de Constantinopla, aceptó la propagación por medio del agua, la dificultad de trasmisión por medio de las mercaderías; lo mismo que ella admitió también la trasmisión por medio del aire y á corta distancia y lo relativo al período de incubación; pero resolvió que no se conocía ningún principio desinfectante cierto; rechazó las cuarentenas de tierra; aceptó las marítimas para fuera de Europa y entre éstas las establecidas por la conferen-

cia de Constantinopla en el Mar Rojo y en el mar Caspio y al mismo tiempo que éstas creó la inspección médica y aún las mismas cuarentenas según las diversas potencias, para el caso en que el cólera hubiera estallado en Europa.

«Esta inspeccion médica no era otra cosa que una simple visita sanitaria en el puerto de arribo y según que el buque procediera de puerto limpio ó sucio, y en este caso que hubiera tenido accidentes á bordo, sería diversamente considerado. La base del tratamiento consistía en la verdad de la declaración del capitán y del médico; pero no habla nada de las condiciones de éste, ni tampoco forzosamente lo impone á los buques. Cuando hubiera habido casos de enfermos ó sospechosos se practicaría una desinfección rigurosa y en seguida se daría libre plática, y si en el momento de llegada hubiera enfermos, éstos serían aislados, se haría una desinfección de los objetos, pasajeros y tripulación, así como del buque, y después de todo esto sería admitido en libre plática.

«El régimen de cuarentenas se estableció teniendo en cuenta que el navío fuera considerado sospechoso ó infectado: en el primer caso, si la travesía era de más de siete días y no había ocurrido caso alguno á bordo, se le sometía á una observación de veinticuatro horas necesarias para la desinfección y comprobaciones, y si la duración de la travesía había sido menor, la cuarentena era de tres á siete

días según el caso. Pero si se hubieran producido casos de cólera ó sospechosos, la duración de la observación para las personas no enfermas es de siete días plenos á contar desde su aislamiento y además la desinfección, etc.

Rechazó las cuarentenas fluviales y por último formuló un proyecto de creación de una comisión internacional permanente para el estudio de las epidemias y de todo lo relativo á ellas.

La Convención de Washington, especialmente destinada á estudiar los medios de protección contra la fiebre amarilla, no llegó á nada fundamental y sí á un simple sistema de informaciones y entre otras proposiciones importantes fueron aceptadas contra el voto de los Estados-Unidos, á saber: la informacion pública dentro del mismo territorio por medio de boletines estadísticos y por un servicio interior, y votó contra el establecimiento de institutos sanitarios internacionales relativos al nacimiento desarrollo, etc. del cólera y votó solo lo referente á una convención sobre la fiebre amarilla estableciendo dos agencias de información, una en la Habana y la otra en Viena.

Una resolución importante fué que el cónsul del país de destino tendría el derecho de asistir á las inspecciones sanitarias del navío practicadas con arreglo á lo establecido por convenciones ó tratados.

Llegamos ahora á la conferencia de Roma, en la

que se encontraban reunidas personas de entre las que Europa contaba de lo mejor en ciencia sanitaria, de tal modo que había que esperar que bajo el punto técnico sus conclusiones serían irreprochables.

«Los progresos de la bacteriología, el descubrimiento de la espirila del cólera por Koch, los estudios confirmatorios en los diversos países y con motivo de la reciente epidemia simplificaban grandemente el problema en todo lo que se refería á las condiciones de la vida y de la propagación del gérmen, á los medios de desinfeccion, etc. Esta conferencia puede decirse que comprende á las tres anteriores.

«Resolvió crear la oficina central de informaciones é impuso la notificación ó aviso de los casos de enfermedades exóticas de un gobierno á otro; los medios de desinfección y la importancia real del aislamiento para impedir la importación y propagación del cólera; que todo buque destinado al transporte de pasajeros y que parte de un puerto infectado o sospechoso deberá ser convenientemente construído y poseer locales que permitan el aislamiento de los coléricos; que los que parten de aquellos donde reina el colera tendrán una estufa de desinfección, y que todo buque á vapor destinado á transportes de viajeros y proveniente de país donde reine el cólera será obligado á tener á bordo un médico nombrado por el gobierno al cual pertenece el bu-

que, ó bien por la autoridad sanitaria respectiva, revocable solamente por este gobierno ó por esta autoridad y completamente independiente de las compañías de navegación y de los armadores de buques. Resolvió que los cónsules de los países de destino tienen el derecho de asistir á las inspecciones sanitarias del navío, que serán practicadas por los agentes de la autoridad territorial conforme á las reglas que serán establecidas por comisiones y tratados, principio establecido por la conferencia de Washington.

«Sostuvo la división establecida por la conferencia de Constantinopla, de la distinción de los buques que tenían médico á bordo ó no, designando á éstos con el nombre de pequeños navíos, cualquiera que fuese su tonelage y su tripulación, y que fuese á vela ó á vapor, y para esta clase de buques resolvió que el capitán debe dirigirse al cónsul del país de destino del navío para que con un médico haga visitar su buque antes del cargamento, cuyo médico examinará también á los pasajeros siendo esta visita independiente de la inspección que depende de la autoridad sanitaria del puerto.

«Debo hacer notar que la primera redacción del artículo decía el cónsul de su nacionalidad y que á proposición del delegado de Portugal y aceptado por M. Rochard á nombre de la sub-comisión fué aprobada en la forma indicada y votaron por él:

Alemania, Austria-Hungría, Dinamarca, España,

Estados-Unidos, Francia, Gran Bretaña, India, Italia, Japón, Méjico, Países Bajos, Portugal, Rumania, Rusia, Serbia, Suecia, Noruega y Suiza, de tal modo que no tuvo en contra sinó el voto del Brasil y la abstención de Turquía.

«Acordó también que los resultados de esta visita y las medidas de limpieza y de desinfección serían consignadas en los registros de á bordo.

«En disposiciones posteriores recomienda los cuidados á observar en los diversos casos y con arreglo á instrucciones que se distribuirán.

«Por lo que se refiere al puerto de llegada, la libre plática no será acordada sinó después de una inspección médica conveniente que dé seguridades respecto al estado de los pasajeros y de la tripulación y que se haya comprobado que las medidas de saneamiento y de desinfección han sido prolijamente practicadas tanto en el punto de partida como durante el trayecto y que no haya habido á bordo ni muerto, ni enfermo, ni caso alguno sospechoso y todo esto cuando la travesía hubiera durado más de diez días, que si menos, se sometería á una observación de 24 horas y se practicaría á bordo la desinfección de la ropa sucia y efectos de uso.

«Si el buque fuera infectado se aislará á los enfermos y se procederá á la desinfección. Los pasajeros y tripulantes serán aislados por grupos durante cinco días y si según el certificado médico de á bordo no hubiera habido ningún caso desde diez

días antes, la observación podrá ser reducida á 24 horas,—todo, es claro, con las prácticas subsiguientes de desinfección del buque, etc.

«La conferencia se ocupó especialmente de disposiciones sobre las peregrinaciones de la Meca y sobre las proveniencias del Mar Rojo estableciendo la inspección médica en Suez. etc, cuyos detalles no hacen al punto que principalmente me ocupa, aunque sí á lo que puede llamarse la cuestión inglesa, el pasaje del canal de Suez en cuarentena, que fué generalmente rechazado.

«De todas estas conferencias y especialmente de la última que resume, amplifica y perfecciona todas las anteriores, se deduce que la verdadera profilaxia consiste, fuera de la higienización de las localidades, en el conocimiento exacto de los casos en los países ó en los medios de transporte (buques principalmente), en el aislamiento y desinfección, y que aquel debe estar en relacion con el período de incubación. Esto por lo que hace al cólera, que por lo que se refiere á la fiebre amarilla tratada de paso, se le han aplicado los mismos principios. En estas conferencias todo el mundo se ha mostrado contagionista, y concediendo la importancia real á las condiciones de la localidad para el desarrollo de las epidemias, las medidas esenciales han sido dirigidas todas á aniquilar el germen del mal.

«Para ponernos al estado actual de la cuestion y antes de ocuparme de la Convención de Río, quiero

detenerme en el Congreso de higiene de Viena del año 1887, por la importancia de la cuestión en él suscitada, por la espectabilidad de las personas que en ella tomaron parte y porque pesando las opiniones allí emitidas podrá apreciarse mejor la obra que me ocupa.

«La discusión de los temas 18 y 20, sobre las experiencias etiológicas y profilácticas con relación á las epidemias coléricas en Europa durante los 3 ó 4 últimos años y sobre los principios á recomendar para la redacción de un reglamento internacional de epidemias, encierra una gran lección y un gran resultado, porque en cualquiera de los casos que nos pongamos, contagionistas ó no, la cuestión ha sido resuelta bajo el punto de vista de la teoría, y si Pettenkoffer ha hecho observaciones á las concluyentes argumentaciones de Gruber, Proust y otros, ha sido solamente en lo que se refiere á la práctica.

«Nadie puede desconocer que para el desarrollo de una epidemia se necesitan los factores de Pettenkoffer, así como tampoco nadie puede desconocer que sin el germen del cólera y de la fiebre amarilla, etc., no puede haber ni cólera ni fiebre amarilla; luego, si éstos pudieran ser aniquilados, la epidemia no se produciría. Puede ser también que aunque existiera el germen de cólera, etc., si la disposición de tiempo ó de lugar no fuera favorable, que no se produjera el desarrollo epidémico. Pero, este es un hecho menos positivo,

menos tangible, y en todo caso menos fácil de remover las condiciones propicias á las epidemias, y más todavía, removerlas en un espacio limitado de tiempo.

«No nos es posible, ni es oportuno entrar aquí en una cuestión á este respecto, pero tampoco podemos dejar de hacer una observación por lo que se refiere á la fiebre amarilla. En ésta, la disposición de tiempo y de lugar que es clara y evidente, nos impone reglas á que debemos sujetarnos en la profilaxia: entre nosotros no se desarrolla fuera de cierta distancia de la costa, no se desarrolla en los meses de invierno, y durante la fuerte epidemia del año 1871, que costó á la ciudad de Buenos Aires de 15 á 20 mil víctimas, pudo observarse el hecho, que de los numerosos casos aislados, seguidos ó no de defunción, adquiridos en la ciudad, pero declarados recién fuera de ésta, aún en casas á solo tres mil metros de la ribera, ninguna de las personas de la familia ó de las que cuidaban á los enfermos fué contagiada, y en ninguno de los pueblos de los alrededores, que estaban en contacto franco y abierto con la ciudad infectada, se produjo ningún caso que no fuera en persona residente más ó menos tiempo temporariamente en la ciudad.

«De ahí, que cuando por haberse burlado las medidas preventivas, ó por otras circunstancias, se produce un caso de fiebre amarilla en una ciudad marítima ó fluvial, sea una medida sabia y previsora

el aislamiento de los enfermos y de los que los rodean en un lugar situado á cierta distancia de la costa, donde es lógico suponer que la enfermedad no se reproducirá en otras personas; medida sabia adoptada por la Asistencia Pública de Buenos Aires, bajo la dirección del doctor Astigueta. Esta sola medida, teniendo en cuenta la noción de la disposición del lugar, vale más que todas las prácticas complicadas que pudieran adoptarse, sirviéndose de los lazaretos urbanos ú observaciones á domicilio.

«Varias veces, antes y después de la gran epidemia, la fiebre amarilla se ha observado en Buenos Aires, unas veces como casos aislados en el fondeadero, ó en la ciudad y aún, lo que es más curioso, como epidemias insignificantes limitadas á un pequeño barrío de la ciudad ó unas pocas manzanas, por ejemplo, al rededor del punto donde se produjo el primer caso.

«Es de suponerse, y es más un hecho probado, que para el cólera como para las demás enfermedades infecciosas, existen leyes semejantes, y es con arreglo á ellas que se comporta de modo diverso en las diferentes epidemias,

«Fácil de reconocer su importación entre nosotros, pues en las diversas ocasiones ha comenzado siempre por lo que podemos llamar nuestra población marítima, la parroquia de la Boca, en la última epidemia del año 1886 me he encontrado en la feliz

situación de poder seguir los casos desde el principio y he practicado la autopsia del primero que falleció víctima del cólera, y en los primeros casos se ha podido comprobar la trasmisión en la misma casa, en las de la vecindad y en seguida su introducción en la ciudad por personas provenientes del primer sitio. Esa epidemia que produjo de 2 á 3 mil enfermos y unos mil muertos no ha atacado sinó á la gente abandonada, que vivía en habitaciones insalubres, los llamados conventillos, en tanto que el número de enfermos en una clase social superior fué muy limitada.

«Debo creer que las medidas profilácticas tomadas entonces con toda energía por el Director de la Asistencia Pública Dr. Ramos Mejía, aislando los enfermos y habitantes de los lugares infectados, cremando los cadáveres, desinfectando los domicilios y las ropas ó quemándolas, hizo que la enfermedad no adquiriera un desarrollo epidémico. Y desde entonces, cuando comienza la estación del verano y con ella los temores del cólera originados siempre por las diarreas más ó menos frecuentes en esta época y algunos casos de *cólera nostras*, se examinan bacteriológicamente las deposiciones de los enfermos, que son enviadas por los diversos médicos al laboratorio de la Asistencia Pública. De esta manera nos encontramos en condición de poder conocer los primeros casos y tomar ya aquellas medidas que por regla

general se toman demasiado tarde cuando existen ya casos numerosos de diarrea premonitora y aún de cólera confirmado.

«En la misma epidemia á que he hecho referencia hemos adquirido otros hechos de importancia que conviene enumerar, entre ellos el que se refiere á la importación y al dominio de la epidemia, como sucedió en la provincia de Mendozá, donde el mal fué extinguido bajo la acción inmediata y enérgica del Presidente del Departamento Nacional de Higiene Dr. Gil, quien se trasladó allí, higienizó; hizo beber agua hervida á los habitantes que hasta entonces se servían del agua de las acequias, canales de agua corriente al descubierto. La república de Chile, vecina de la provincia indicada, se defendió del cólera por medio de cordones sanitarios y éstos fueron los primeros atacados y con ellos la enfermedad se propagó al interior.

«Cuando más tarde, á nuestro turno, tuvimos que defendernos de Chile infectado, establecimos guardias sanitarias en diversos pasajes de la cordillera, se instalaron aparatos de desinfección y no se prohibió la entrada á nadie, y el cólera no se desarrolló entre nosotros. He querido indicar estos hechos, aunque á la ligera, para establecer el criterio con que, por experiencia propia, juzgamos esta cuestión en la República y por consiguiente como fundamos nuestras medidas sanitarias.

«Dada la situación especial de los países atlán-

ticos de Sud América, situación no solo geográfica sinó comercial, nosotros no podemos recibir y no recibimos el cólera sinó de Europa, de tal modo que si estamos interesados en las medidas á tomar en el canal de Suez, solo es de una manera indirecta. La larga travesía desde Europa hasta nuestros puertos, tiempo en el cual pueden desarrollarse todos los casos en personas embarcadas en período de incubación, nos coloca en condiciones favorables para que podamos prevenirnos: nuestras medidas son casi exclusivamente marítimas. Los argentinos no tenemos propiamente comunicaciones con la América del Norte, á excepción de los buques de vela que no transportan pasajeros, y la del Brasil con aquel país es muy limitada, igualmente marítima y con un viaje que es también muy largo.

«El cólera se transporta principalmente con los movimientos de la población, y si bien puede desarrollarse originado por ropas contaminadas, por lo que hace á nosotros solo tenemos que tener en cuenta la ropa de los pasajeros, pues de otro modo no la recibimos. Ahora bien, dado el movimiento inmigratorio de Europa hacia los países sud-americanos del Atlántico, el gran peligro existe, en estas masas enormes de inmigrantes, transportadas en navíos que no son de construcción apropiada y por más que los gobiernos traten de imponerles condiciones, éstas se hacen general-

mente ilusorias, en tanto que los países de partida y de arribo no se pongan de acuerdo. Lo que es por el momento, los armadores de los buques saben bien explotar la circunstancia de la necesidad que tienen de brazos los países de inmigración, para acumular la gente como á carga, contando principalmente con la indiferencia en los países de embarque. Los pasajeros en calidad de inmigrantes viajan sucios, con un aire que difícilmente se renueva y en un lugar que nunca se limpia, y estas condiciones de habitación son realzadas por las de ellos mismos, que son excesivamente desaseados, sobre todo los que en mayor cantidad emigran: los de las provincias del sud de Italia. Agréguese á esto los incovenientes de la larga travesía, la falta de alimentación, ya sea á causa del mareo ó porque no se les alimenta bien, y se comprenderá qué amplio campo tiene para desarrollarse una enfermedad infecciosa. Así, aún las mismas enfermedades comunes, el sarampión, la escarlatina, la difteria y otras hacen víctimas numerosas entre los niños, víctimas cuyo número real nunca se aprecia bien porque los libros de á bordo no siempre dicen la verdad; pero conocemos muchas y muchas madres cuyos hijos habían fallecido á bordo, y en la ciudad algunas epidemias de escarlatina, sarampión, y de difteria han tenido su orígen en el desembarque de pasajeros de buques que venían así contaminados. En los

buques no hay un sitio en el que pueda practicarse aislamiento de alguna especie. Rotonda, médico de un buque italiano, cuenta en una monografía sobre el cólera, publicada en Nápoles, que asistió á 45 casos de difteria en el vapor «La Plata», de los cuales felizmente no murieron sino cinco, y manifiesta que no tenía cómo separar á los niños enfermos; y esta epidemia fué desarrollada en los primeros días de la partida de Italia.

«Procedentes del vapor «Perseo», en Enero del año 1887, fallecieron en el lazareto de Martín Carcía 29 enfermos de cólera y 26 de sarampión; del «Provence», en el mismo mes, 5 de sarampión. Y estas cifras no son sino un ligero ejemplo: no dán idea de la mortalidad por estas enfermedades. Ultimamente la Dirección General de la Asistencia Pública de la ciudad se ha dirigido al Gobierno haciéndole notar la cantidad de camas ocupadas en la Casa Municipal de Aislamiento por inmigrantes enfermos de viruela, y es ya práctica vacunarlos al llegar al puerto.

«Con todas estas condiciones, las de hacinamiento, de falta de limpieza y de alimentación como de cuidados no hay, pues, que asombrarse si se desarrolla una enfermedad infecciosa sinó de cómo es que las epidemias de cólera no adquieren un mayor desarrollo. Como lo he dicho, no quiero entrar en la cuestión bastándome dejar constancia de estos hechos, así como también de que en

varios buques, el número de los enfermos se hace considerable. El número de inmigrantes es de 400, en algunos buques, pero muy comunmente 1000 y hasta 1500. Todos los buques traen un médico á bordo; pero en todo caso un médico impotente para poner un remedio á estos males originados por una autoridad superior á la suya y á la cual tienen que doblegarse.

«Se comprende bien que con buques y pasajeros en estas condiciones, cuando en ellos se ha desarrollado el germen del cólera ó fiebre amarilla, y cuando el médico no puede hacer nada por la desinfección á bordo, cuando cada parte del buque, cada objeto que en él se encuentra, es un objeto contaminado, no es bastante para garantizar un puerto contra la invasión de la epidemia una visita sanitaria imposible, dada la cantidad de pasajeros, y una desinfección más imposible todavía. Cualesquiera que sean las opiniones sobre los elementos más importantes para el desarrollo de una epidemia de cólera, hay entonces motivos para aplicar aquí las palabras de Pettenkoffer y convenir: «que en estas condiciones todas las cuarentenas son inútiles» y la experiencia nos lo ha demostrado una serie de veces: no hemos evitado la epidemia y hemos perjudicado al comercio. Y aunque fuese posible aislar á los pasajeros, no dejar entrar en la ciudad á ninguno que no hubiera estado sujeto al período de observación, aún en ese

caso ideal, poco habríamos hecho por los pasajeros, que por lo menos deben merecernos consideraciones de humanidad y habríamos pagado muy caro esta sombra de profilaxia.

«Así nos lo demuestra la experiencia con el sostenimiento costoso del Lazareto de Martín García. «Daríamos á la salud pública una utilidad mucho mayor si en vez de las cuarentenas estableciéramos una enérgica higiene de navío aún en el tiempo que no hay cólera. Si el cólera se produce nada nuevo tendría que hacerse; no se necesita nada más que continuar ordenada y enérgicamente lo comenzado. Hay que obligar á armadores y marinos á tener sus buques y tripulación en orden. Buques sucios no debieran ser admitidos en ningún puerto aunque no tengan cólera abordo.» Apoyados en estas mismas palabras del gran maestro, y contagionistas por convicción como somos, creemos que lo esencial de la profilaxia está en el conocimiento de los casos en los buques, en el tratamiento racional de todo lo que sea capaz de trasmitir ó propagar el germen.

«En este terreno todos tenemos que estar de acuerdo y más aún si se reflexiona cuán pocas dificultades hay para llenar la tarea que esas conclusiones nos impone. Lo primero, es menester higienizar á los buques comenzando por obligarlos á una construcción apropiada, á tratar á los pasajeros de 3ª y emigrantes siquiera como á seres humanos, darles cómodo lugar donde dormir, aire puro

y limpieza; tener enfermerías apropiadas y departamento de aislamiento, estufas de desinfección, etc, y sobre todo poner á bordo una autoridad sanitaria con facultad suficiente para hacerse obedecer y con conciencia completa de sus deberes y de su misión para que la sepa cumplir. Es verdad que los buques tienen actualmente médico embarcado, y no seré yo en este momento quien pretenda arrojar la menor sombra sobre los conocimientos que generalmente poseen; pero basta pensar que no tienen conocimientos especiales y que en los buques italianos y alemanes, donde son más ilustrados, son por lo general jóvenes médicos que hacen uno ó dos viajes, ó por necesidad ó por entretenimiento, ó por el simple placer de viajar. Pero aunque fueran bien preparados no son sino simples instrumentos de las compañías y éstas no se detienen en medio alguno con tal de hacer su negocio.

«Ahí está la compañía «La Veloce» haciendo zarpar de Génova el vapor «Mateo Bruzzo», á pesar de que sabía que los puertos de Río Janeiro, Montevideo y Buenos Aires estaban cerrados para las procedencias de Italia. Bien conocida es la suerte que tuvo ese desgraciado buque con una epidemia de cólera á bordo y la condena de esa compañía por los tribunales italianos.

«Mucha indignación causó entonces la actitud de los gobiernos sud-americanos que á semejante medida recurrieron; pero ¿por qué los gobiernos á los

cuales los buques pertenecen abandonan también todo lo que se refiere á la higiene y aún á los mismos pasajeros que generalmente se embarcan halagados por informes falsos?

«Las compañías de vapores que viajan á los pueblos sud-americanos tienen erijida la mentira en sistema, y para que se pueda juzgar hasta dónde puede llegar ella, voy á referir simplemente dos hechos cuya verdad puedo garantizar.

«En el primero, se trataba de un buque que partiendo de Buenos Aires con destino á Marsella tocó en Río Janeiro y uno de los pasajeros que había embarcado allí, se enfermó. El médico de á bordo comunica bajo secreto á un médico que viajaba en compañía de un ingeniero en la misma cabina, que tenía un enfermo de fiebre amarilla á bordo y le consulta acerca del tratamiento; el enfermo murió dos días después y como se hubiera corrido la voz respecto á la existencia de un enfermo de fiebre amarilla, el médico de á bordo interpelado al respecto por el ingeniero, le respondió: «tan no ha habido ningún enfermo de fiebre que para demostrárselo voy á llevarlo á la enfermería, cosa que de otro modo no haría.» Y lo llevó, y cuando el ingeniero contó esto á su amigo médico, quien á su turno pidió explicaciones á su colega, no recibió más respuesta que la de que él no creía en el contagio, y que se veía obligado á servir á la compañía del mejor modo posible. Cuando se llegó al

puerto de Marsella se declaró que había fallecido un tisico y así constaba en los libros de á bordo. La tísis es la enfermedad á que más á menudo recurren los médicos embarcados para clasificar las defunciones.

«El segundo hecho es quizá más grave: el vapor «Duca de Galliera» salió en Diciembre de Buenos Aires destinado á Génova y tocó en Río Janeiro á pesar de los deseos del capitán y de la creencia de los pasajeros que se habían embarcado pensando que hacían viaje directo. Una vez en ese puerto se presentó el agente de la compañía y á las preguntas de los pasajeros, entre los que me contaba, aseguró que no había ningún enfermo de fiebre. Desembarcamos y algunos pasamos la noche en la ciudad, y cuando al día siguiente hablaba con el distinguido médico brasilero Dr. Araujo Goez, se lamentaba de que no hubiese comunicado con él la noche anterior para que me hubiera prevenido de que no durmiera en la ciudad porque existían numerosos casos de fiebre amarilla. Y así era, en efecto; — creo que el número de atacados era de 20 á 30. El objeto del agente de la compañía era hacer conocer al buque que hacía su primer viaje y al efecto fué muy visitado por los brasileros y hasta hubo un banquete á bordo. Y lo que es más grave todavía, es que el buque salió con patente limpia visada por el cónsul italiano mientras que el español puso nota de los casos de fiebre, y en Palmas,

posesión española, donde cargó carbón, no se le dió libre plática y en Génova tuvo entrada libre.

« En las condiciones actuales no hay control posible: hasta las listas de los pasajeros son en parte inútiles, pues tienen sus medios para burlarlas, reemplazando los que faltan con los mismos individuos de la tripulación, dejando líneas en blanco, en fin, con mil mañas, con las que saben ocultar ó al menos disimular las bajas producidas por las defunciones. En los libros médicos, donde dice pulmonía, hepatitis, etc., bien puede leerse muchas veces cólera ó fiebre amarilla. Los médicos embarcados cuando no tienen más porvenir que el mezquino sueldo de las compañías toman al fin las cosas por su cuenta y no ha sido única la vez que en el mismo puerto de Buenos Aires han tratado de poner obstaculos á la visita sanitaria.

« Se vé, pues, por todo esto, que hay dos elementos con que luchar para la profilaxia de las enfermedades epidémicas: por una parte las condiciones de higiene del buque; por la otra el falseamiento deliberado de los hechos para ocultar los casos ocurridos. En estas condiciones tan poco favorables llegaban los buque á nuestros puertos y después de una visita médica lo más completa posible se procedía al tratamiento, y el resultado ha sido que nunca nos hemos librado de una epidemia.

« Luego, pues, por más contagionistas que seamos, por más convencidos que estemos de que no

hay cólera sin la espirila de Koch; no podemos dejar de comprender que todas las medidas que tomemos en estas condiciones tienen que ser inútiles, precisamente por las mismas razones de la teoría que aceptamos, porque los elementos generadores de la enfermedad no pueden ser atacados sino es sometiendo los buques á medidas muy rigurosas y aún asimismo casi inútilmente.

« En estas condiciones, iguales para las repúblicas Argentina, Oriental y Brasil, con buques que generalmente hacen la carrera tocando en los tres puertos, y después de la experiencia del cólera de 1886 en que se recurrió á medidas extremas, se resolvió tentar una vez más la celebración de una convención sanitaria, empresa que ya había fracasado en ocasiones anteriores.

« La necesidad de un acuerdo era más urgente entre las repúblicas Argentina y Oriental, separadas solamente por el ancho del río de la Plata. En efecto, á veces sucedía que buques que en Buenos Aires, se les sometía á cuarentena, habían tenido libre plática en Montevideo; habían desembarcado allí pasajeros, que en seguida se trasladaban á Buenos Aires por vapores de la carrera local, ocurriendo así el hecho de que los pasajeros del mismo trasatlántico tenían suerte diversa, y que la cuarentena era burlada.

« Otras veces las disposiciones eran diversas, y aún se tomaban medidas que dañaban extraordi-

nariamente al comercio de los otros, por ejemplo impidiendo la conducción de tasajo, á título de que podían trasmitir el cólera.

« Resueltos los tres gobiernos á poner fin á este estado de cosas, comisionaron para ello á personas cuyas ideas eran conocidas ya.

« La convención se reunió en Río Janeiro, presidida por el señor Barón de Cotegipe, y asistieron los ministros plenipotenciarios, y la comisión técnica comenzó ese día mismo los trabajos.

« Animados del mejor deseo, participando todos de las mismas ideas, penetrados del pensamiento de hacer una obra práctica, la tarea resultó menos difícil de lo que pareciera, gracias sobre todo á que las autoridades sanitarias del Brasil y de la República Argentina estaban resueltas á llevar á la práctica lo que se resolviera de acuerdo con las ideas más avanzadas en profilaxia; por lo que hace á la república Argentina, en cuyo nombre puedo hablar, nuestras ideas eran bien precisas: eran la deducción del estudio de los congresos anteriores, incluso el de Roma, y el conocimiento de los hechos prácticos propios á nuestro país. Necesitábamos prevenirnos; pero necesitábamos librar al comercio de todas las trabas inútiles. Ya el presidente del Departamento Nacional de Higiene lo había dicho en una memoria: «La misión de una corporación científica, encargada de velar por la salud pública no puede limitarse á prevenir la

importación de una epidemia. . . . Necesita estudiar el medio de hacer desaparecer la exigencia de cuarentenas y cordones sanitarios que siempre traban el comercio y pocas veces son garantías suficientes de salud.»

« Gracias á los esfuerzos de los Doctores J. M. Astigueta y Nuno de Andrade que presentaron el proyecto, la convención pudo marchar rapidamente y como las discusiones fueron de detalle, las pasaré por alto por completo para entrar á analizar ligeramente la Convención, que poco después recibió una sanción en el congreso sanitario de Lima en el que fué aceptada, casi al pié de la letra por los delegados de Chile, Perú, Bolivia y Ecuádor.

« Las enfermedades que considera la convención son la fiebre amarilla, el cólera y la peste, declarando puerto infectado aquel en que existiera epidémicamente cualquiera de ellas, sospechoso aquel en que hubieran raros casos aislados ó que tuviera comunicación fácil con uno infectado, ó que no se precaviese suficientemente con arreglo á los principios de esta convención. La declaración de infectado ó sospechoso será hecha por cada gobierno en su caso á propuesta del jefe del servicio sanitario marítimo y especialmente publicada, y la declaración de infeccionado á un puerto produce ya los efectos para los navíos procedentes de él, que hubiesen salido durante el período inmediatamente anterior á la fecha de la declaración, de 20

días para la peste, 10 para la fiebre amarilla y 8 para el cólera. En los tres estados los servicios sanitarios se organizarán de modo que puedan cumplir y hacer cumplir esta convención y los jefes se comunicarán entre sí, se harán las observaciones que estimen convenientes y cuando aparezca una enfermedad epidémica en uno de ellos pueden acreditar ante él, ya sea un inspector sanitario de navío ú otro médico, para que estudie y siga la marcha y desenvolvimiento de la epidemia, trasmita á su respecto datos precisos y autorizados. Asimismo los cónsules de los tres estados contratantes procurarán informarse en los puertos de procedencia, en las reparticiones sanitarias locales ó como mejor pudieran, del estado sanitario de los mismos y trasmitir á su país las observaciones que juzguen necesarias, que á su turno serán presentadas á los otros dos estados. De este modo los tres países están al corriente de lo que ocurre en los demás respecto á las enfermedades contagiosas, y, en los dos años de práctica que lleva esta convención el Brasil ha cumplido escrupulosamente en todo lo que se ha referido á la fiebre amarilla, y á más la república Argentina tiene allí un cónsul médico á quien se le facilitan todos los datos para que pueda juzgar del estado sanitario.

« Los navíos son de tres especies: 1ª los vapores que conduzcan menos de 100 pasajeros de proa; 2ª los transportes de inmigrantes, es decir,

vapores que conducen más de 100, y 3ª los navíos de vela. Esta disposición es muy práctica para nosotros, pues los buques que son más peligrosos son los de 2ª especie, que por otra parte son la inmensa mayoría. Todo buque debe traer patente de sanidad redactada con arreglo á un modelo dado en que consta el nombre del navío, clase, pabellón, tonelaje, matrícula, destino, nombre del capitán, del médico y del inspector sanitario, pasajeros, tripulacion, carga, equipaje, condiciones sanitarias del navío, el estado sanitario de la tripulación y pasajeros, el del puerto y de la ciudad, las enfermedades pestilenciales reinantes, el número de enfermos y defunciones, fecha, los dos artículos pertinentes al R. S. I. y firmada y sellada por la autoridad sanitaria del puerto de procedencia, quien la otorgará y será visada por los cónsules de los países de destino en ese mismo puerto y en los de escala y será entregada á la autoridad sanitaria de los puertos de los tres países para que sea visada y entregada á la del último que llegue el navío. Cuando la patente de sanidad fuese rectificada por el cónsul por medio de anotaciones á continuación del visto, se acompañará la patente con un billete sanitario en el primer punto de cualquiera de los estados contratantes que tocare, firmado por la autoridad del mismo y se hará la declaración del tratamiento á que hubiese sido sometido el navío, la tripulación, etc.; y á

continuación del visto se hará constar la remisión del billete. La patente no podrá tener una fecha mayor que la de 24 horas anteriores á la par. tida del buque. Será limpia si el puerto estuviera en esa categoría y sucia si fuera infectado ó sospechoso; pero los navíos no serán considerados como infectados, sino como sospechosos, aún cuando tengan patente sucia, si no ha ocurrido á bordo ningún caso de enfermedad pestilencial. También reciben esta clasificación los procedentes de puerto limpio que tocan uno infectado, á no ser los buques de 2ª especie, que procedentes de un puerto limpio y con satisfactorias condiciones de salud abordo atestiguadas por el inspector sanitario, tocase en los puertos de Buenos Aires, Montevideo ó Río de Janeiro al solo objeto de dejar mercaderías, pasajeros ó correspondencia, ó recibir unicamente á ésta; operaciones que solo podrán efectuarse en un lugar destinado al efecto por la autoridad sanitaria, bien aislado y sin contacto alguno con los puertos, y en ese caso ni el mismo médico de sanidad podrá subir al buque, dándole entrada bajo la palabra jurada del Inspector sanitario. Este precepto favorece al Brasil y aún á nuestro comercio. En el verano, cuando en aquel país se notan casos de fiebre, los vapores que con destino a Buenos Aires tocan en el puerto de Río Janeiro, se verían obligados á cuarentenas ó á no hacer escalas allí, lo que traía perjuicios considerables.

« Son sospechosos también los buque que en viaje comunicasen con otros de procedencia ignorada, infectada ó sospechosa, que hubieran tenido defunciones por causa no determinada ó repetidos casos de una enfermedad cualquiera, que no trajesen patente de los puertos de procedencia ó escala debidamente visada, y por fin aquel, que habiendo hecho cuarentena ó recibido tratamiento sanitario especial en cualquiera de los lazaretos de los tres estados no tuviera la patente internacional de libre plática. Como es natural pensar, la convención establece que deben existir lazaretos convenientes, fijos y flotantes, no pudiendo admitirse en los primeros sinó los pasajeros sujetos á cuarentenas de rigor ó complementaria y que no presentaran síntoma de alguna de las enfermedades pestilenciales exóticas y en cada uno de estos hay hospitales anexos.

« Una vez comprendidos los principios de la convención y para que ésta pueda ser mejor apreciada, vamos á poner algunos casos prácticos, pasando por lo alto aquel en que el buque va con patente limpia, porque en ningún caso presenta dificultades.

« 1° Buque con patente sucia, pero saliendo de un puerto sospechoso, como lo han sido declarados ahora los de España que están en comunicación facil con Valencia donde hay epidemia de cólera.

« El buque está ó no acojido á la convención

sanitaria, cosa que depende puramente de las compañías de navegación, puesto que tratándose de buques extranjeros el gobierno no puede directamente obligarlas á ello.

« En el primer caso el buque debe tener médico embarcado, locales de aislamientos, buenas condiciones higiénicas, estufa de desinfección por el vapor, depósito de desinfectantes y útiles con arreglo á lo dispuesto por la convención y las instrucciones; libro de farmacia y recetario, así como uno clínico en el que se anotará con todo cuidado la historia de los enfèrmos, libros de tripulación, pa sajeros, etc., que serán abiertos y sellados en el puerto de procedencia por cualquiera de los cónsules de los tres países; tendrá la patente de sanidad en las condiciones indicadas y deberá embarcar un inspector sanitario de navío. Este es un funcionario de cada uno de los tres estados, pagado respectivamente por éstos y es nombrado por concurso entre los médicos de la nacionalidad respectiva y su número, según las nececidades, es fijado periódicamente por acuerdo entre los jefes de los servicios sanitarios. El concurso, que se efectúa ante un jurado competente, versa sobre geografía médica, enfermedades exóticas pestilenciales, contagiosas en general; profilaxia, medios de aislamiento; sistemas de desinfección, naturaleza y modo de obrar de los agentes de desinfección, higiene naval, organización de la policía sanitaria marítima argentina

brasilera, uruguaya, francesa, italiana, española, etc, interpretación de la convención y reglamento sanitario.

«Con motivo de la declaración sobre los puertos de España, á que me he referido, se han mandado allí varios inspectores: si el buque parte directamente para Buenos Aires, el jefe del servicio argentino ó el respectivo cónsul en el puerto de procedencia ó el inspector más caracterizado designa al que ha de embarcarse. Si en vez de un puerto de la República Argentina fuese del Brasil ó del Uruguay, la designación sería hecha en el mismo modo por la autoridad brasilera ó uruguaya respectivamente. Y si el buque fuese á tocar dos ó tres estados, el turno se establecería de acuerdo entre los diversos jefes, con excepción del caso en que uno de los países hubiera sido declarado sospechoso ó infectado, que en este, la comisión de embarque será fijada por el jefe del servicio del país á cuyo puerto llegará el navío en último término.

«El inspector sanitario, que no podrá hacer dos viajes consecutivos de ida y vuelta en el mismo buque, verificará antes de procederse á la carga si el navío cumple todas las condiciones de higiene exigidas, el depósito de desinfectante, medicamentos, etc., confrontando los libros y haciendo notar al comandante, en tiempo oportuno, para que pueda subsanarlas, todas las deficiencias que ob-

servara. En el momento del embarque examinará los pasajeros de proa y rechazará á los que le parezcan afectados de cualquier enfermedad contagiosa, así como á los convalecientes de éstas, á no ser que la convalecencia date de más de 20 días; estorbará el embarque de ropas sucias, cualquiera que sea su origen; llevará un diario de viaje entregado por el jefe del servicio sanitario respectivo, numeradas y selladas sus fojas, en el cual tres veces por día, con designación de fecha y hora, anotará todo lo que se refiera á la salud de los pasajeros y tripulación y todo lo que á su juicio interese á la salud de ellos, y anotará todas las medidas que tomara en ejercicio de sus atribuciones. Así deberá exigir el conocimiento de cualquier caso de enfermedad que ocurriese, por insignificante que parezca, para observarlo y anotarlo, teniendo especial cuidado de marcar con precisión la fecha de comienzo y terminación, si por curación ó por muerte y todos los datos conducentes á establecer la naturaleza de la enfermedad; visitará dos ó tres veces por día la enfermería del navío para comprobar el estado de los enfermos y asimismo á las personas que permanezcan encerradas en sus cabinas ó guarden cama. En los puertos de tránsito se informará de lo relativo á la salud pública y en caso de ser requeridos por el comandante ó el médico sus servicios profesionales, está obligado á prestarlos.

«Ahora bien, suponiendo que en el buque que hemos indicado no ha ocurrido novedad alguna, llega al fondeadero de visita y una vez anclado en él recibe la visita de la autoridad sanitaria, cuyo objeto es verificar el estado de salud á bordo y ordenar lo que con arreglo á ella deba hacerse. Después de un interrogatorio completo al comandante, el médico ó inspector sanitario intimará al navío que siga á la estación cuarentenaria próxima, donde sufrirá una visita rigurosa y como la travesía ha sido mayor que el período de incubación máxima de la enfermedad será puesto en libre plática. Lo mismo sucedería si el buque en igualdad de condiciones procediera de un puerto infectado. Si la travesía hubiera sido menor que el período de incubación máxima haría una cuarentena complementaria.

«Si el buque ha tenido enfermos á bordo y el inspector sanitario ha procedido con arreglo á lo que prescribe el reglamento é instrucciones con una práctica completa de aislamiento y desinfección rigurosa; si en el momento de la llegada al puerto no existen enfermos y se han cumplido todas las exigencias de la convención, después de las visitas como en el caso anterior se hará el tratamiento con arreglo á la fecha de terminación del último caso, poniéndolo en libre plática ó haciendo cuarentenas complementarias.

Si en el momento de la llegada existen en-

fermos, éstos serán trasladados al hospital flotante, los pasajeros sometidos por grupos á cuarentena en el lazareto flotante y se procederá á las desinfecciones correspondientes; y si el buque no pudiera someterse á la cuarentena se lé permitirá recibir pasajeros, con tal que ninguna embarcación procedente de él comunique con tierra y que las embarcaciones de tierra que fuesen conduciendo pasajeros para el navío queden sujetas á las medidas cuarentenarias impuestas al mismo.

«Por lo que hace á los buques que no están acojidos á la convención, las cuarentenas serán contadas desde su llegada al puerto y son sometidos á todas las prácticas de la desinfección.

«Paso por alto toda una serie de disposiciones importantes, pero que con relación á las anteriores son de un carácter secundario.

«Se vé que hemos conservado el nombre de cuarentena, simplemente como una transacción, porque ésta está muy léjos de ser lo que el nombre tradicional indica. No es otra cosa que un período de observación con arreglo al de incubación máxima de la enfermedad y en el que se hacen las averiguaciones y tratamientos necesarios para garantizar la salud pública. Bajo este punto de vista la convención sanitaria no puede ser más favorable para los intereses comerciales.

«Por este extracto, que he hecho, de la convención, se nota que realmente nada nuevo se ha

establecido, que todas las ideas que la convención expresa han hecho su camino ya y son generalmente adoptadas por higienistas de todos los países, siendo un deber reconocer que los trabajos de Brouardel y de Proust en los diversos proyectos presentados al gobierno francés han facilitado extraordinariamente nuestra tarea, así como que la creación de los inspectores sanitarios de navío es una consecuencia del estado de las relaciones marítimas y comerciales entre la Europa y la América del Sud y de las condiciones de los médicos de los buques.

«Conclusiones. — 1° Es un hecho establecido por todas las convenciones sanitarias realizadas hasta ahora así como por los estudios recientes de bacteriología:

«Que el cólera tiene su origen exclusivo en la India, que en los demás países es siempre importado y las epidemias no se desarrollan sinó por infección, de hombre á hombre ó por objetos contaminados; que el agente infeccioso reside en las deyecciones de los coléricos y es producido por el llamado bacilo coma, espirila colerígena.

«2° La fiebre amarilla extendida más que el cólera no es nunca espontánea; es indudablemente infecciosa y se trasmite por los objetos infectados.

«3° Que si se consigue evitar la importación de estos agentes infecciosos al país, ya sea im-

pidiendo la entrada de enfermos ó de objetos contaminados, las epidemias no se desarrollarían, cualesquiera que fuesen las condiciones higiénicas de un lugar.

«4° Que la experiencia ha demostrado que con el simple sistema de cuarentenas y cordones sanitarios no es posible evitar la introducción de los gérmenes morbíficos y se perjudica inmensamente los intereses comerciales.

«5° Que la única profilaxia cierta consiste en el conocimiento del agente infeccioso y su destrucción por medio de agentes positivos y que el peligro para los pueblos de Sud América está en los transportes marítimos.

«6° Que la Convención Sanitaria de Río Janeiro tiene en cuenta todos estos principios y los medios que emplea son los más apropiados para garantir á los pueblos contra las invasiones de las epidemias.

«7° Sería de desear que se tentara nuevamente en Europa la reunión de un congreso sanitario, después que los respectivos gobiernos se hubieran entendido sobre las bases fundamentales de la profilaxia.

CONVENCIÓN SANITARIA

Entre la República Argentina, la República Oriental del Uruguay y el Imperio del Brasil

Su Excelencia el Presidente de la República Argentina, Su Excelencia el Presidente de la República Oriental del Uruguay y Su Alteza la Princesa Imperial Regente en nombre de Su Majestad el Emperador del Brasil, habiendo resuelto celebrar una Convención Sanitaria, nombraron para ese fin sus Plenipotenciarios, á saber:

Su Excelencia el Presidente de la República Argentina, al señor don Enrique B. Moreno, Enviado Extraordinario y Ministro Plenipotenciario cerca de Su Majestad el Emperador del Brasil;

Su Excelencia el Presidente de la República Oriental del Uruguay al señor don Carlos María Ramírez, Enviado Extraordinario y Ministro Plenipotenciario en Misión Especial cerca de Su Majestad el Emperador del Brasil;

Su Alteza la Princesa Imperial Regente, al señor Barón de Cotegipe, del Consejo de Su Majestad el Emperador, Senador y Grande del Im-

perio, Dignatario de la Orden Imperial del Crucero, Comendador de la Orden de la Rosa, Gran Cruz de Nuestra Señora de la Concepción de Villa-Viçosa, de Isabel la Católica, de Leopoldo de Bélgica y de la Corona de Italia, Presidente del Consejo de Ministros y Ministro y Secretario de Estado de los Negocios Extranjeros é interino de los del Imperio.

Los cuales, habiéndose comunicado recíprocamente sus plenipotencias, que fueron halladas en buena y debida forma, convinieron en los artículos siguientes:

Artículo 1.°—Las tres Altas Partes Contratantes convienen en declarar:

Enfermedades pestilenciales exóticas—la fiebre amarilla, el cólera morbus y la peste oriental.

Puerto infectado—aquel en el cual existiese epidémicamente cualquiera de las referidas enfermedades.

Puerto sospechoso—1° aquel en el cual se manifestase uno que otro caso aisladamente, de cualquiera de las tres enfermedades pestilenciales; 2° aquel que tuviese comunicación fácil y frecuente con localidades infectadas; 3° aquel que no se precaviese suficientemente de los puertos infectados con arreglo á los principios de esta Convención.

Navio infectado: — aquel en que hubiese ocurrido algún caso de enfermedad pestilencial.

Navío sospechoso:—1° aquel que, procedente de

puerto infectado ó sospechoso no hubiese tenido, durante el viaje, caso de alguna enfermedad pestilencial; 2° aquel que, aunque procedente de puerto limpio, hubiese tocado en puerto infectado ó sospechoso, salvo la excepción del párrafo 10 del artículo 8°; 3° aquel que durante el viaje ó á su arribo, comunicase con otro navío de procedencia ignorada, infectada ó sospechosa; 4° aquel que hubiese tenido defunciones por causa no determinada ó repetidos casos de una enfermedad cualquiera; 5° aquel que no trajese patente de sanidad del puerto de procedencia, así como de los puertos de escala, debidamente visada por los Consules del país de destino en esos puertos; 6° aquel que, habiendo hecho cuarentena ó recibido tratamiento sanitario especial en cualquiera de los lazaretos de los tres Estados Contratantes, no se presentase munido de la patente internacional de libre plática.

Objetos sospechosos ó susceptibles de retener ó trasmitir contagios:—las ropas, paños, trapos, colchones y todos los objetos de uso y servicio personal, así como las balijas, baúles ó cajas usadas para guardar estos objetos, y también los cueros frescos. Los demás objetos no especificados anteriormente así como los animales en pié no serán considerados sospechosos.

Párrafo único—La declaración de *infectado ó sospechoso* aplicada á un puerto, será hecha por

cada Gobierno, en su caso, á propuesta del Gefe del servicio sanitario marítimo y oficialmente publicada.

Art. 2° – Los Gobiernos de las tres Altas Partes Contratantes instalarán los respectivos servicios sanitarios de modo que puedan cumplir y hacer cumplir lo que en la presente Convención se estipula.

Los jefes de los referidos servicios sanitarios se comunicarán entre sí, siempre que fuese necesario y cada uno de ellos podrá hacer á los otros dos las observaciones que creyere convenientes con motivo del ejercicio de sus funciones.

Para la ejecución de los servicios sanitarios, se expedirá un Reglamento Internacional uniformando las medidas generales y especiales aplicables en los tres Estados.

Art. 3°. — Las Altas Partes Contratantes se obligan: 1°. á fundar los lazaretos que fueren necesarios, siendo conveniente situar en islas los lazaretos fijos; 2°. á establecer y mantener en casos de epidemia un lazareto flotante, por lo menos; 3°. á crear hospitales flotantes anexos al lazareto fijo, destinados al tratamiento de las personas atacadas de enfermedades pestilenciales exóticas en los navíos que llegaren, en los que estuviesen ya fondeados y en los lazaretos; 4°. á considerar válidas, para los efectos de esta Convención, en cualquiera de sus puertos, las cuarentenas y medidas sanitarias empleadas en alguno de los lazare-

tos de los tres Estados, á condición de que fuesen justificadas por testimonio oficial; 5°. á no recurrir á la clausura de los puertos respectivos, ni á rechazar navío alguno, cualquiera que fuese el estado sanitario de á bordo.

Art. 4°.—Ningún navío procedente de puertos extranjeros será puesto en libre plática en los puertos Argentinos, Uruguayos ó Brasileros sin previa visita sanitaria efectuada por la autoridad respectiva, salvo la excepción del párrafo 10 del artículo 8°.

En esta visita, la misma autoridad procederá á las pesquisas necesarias para la completa averiguación del estado sanitario de á bordo y determinará el tratamiento á que debe quedar sometido el navío cuyo capitán será notificado por escrito.

Art. 5°.—Para la ejecución de lo dispuesto en el artículo anterior, las Altas Partes Contratantes convienen en distinguir tres especies de navío: 1ª. los vapores que conduzcan menos de 100 pasajeros de proa; 2ª. los transportes de inmigrantes, es decir, vapores que, gozando ó no de los privilejios de paquete conduzcan más de 100 pasajeros de proa; 3ª. los navíos de vela.

§ 1°—Los navíos de la primera y segunda especie deben llevar un médico á bordo, y estar provistos:

—de estufa de desinfección por el vapor de agua;

—de depósito de desinfectantes y útiles de desinfeccion con arreglo á las indicaciones del Reglamento Sanitario Internacional;

—de un libro de proveeduría de farmacia, en el cual se consignará la cantidad y especie de las drogas y medicamentos existentes á bordo en el momento de la partida del puerto de procedencia, así como los abastecimientos que hubiese recibido en los puertos de escala.

—de un libro de registro de las recetas médicas;

—de un libro clínico en el que se anotarán, con la mayor minuciosidad, todos los casos de enfermedad ocurridos á bordo y los respectivos tratamientos;

—de la lista de pasajeros con indicación de nombre, edad, sexo, nacionalidad, profesión y procedencia;

—del cuadro de la tripulación;

—del manifiesto de carga;

§ 2°. Los libros á que se refiere el párrafo anterior serán abiertos, rubricadas y selladas su hojas por el Cónsul de alguno de los Estados Contratantes en el . puerto de procedencia; y las fojas referentes á cada viaje serán cerradas por la autoridad sanitaria del puerto de destino.

Por la habilitación de estos libros no pagarán emolumento alguno los comandantes de navío.

§ 3°. Todos los papeles de á bordo serán so-

metidos al examen de la autoridad consular en los puertos de procedencia, y de la autoridad sanitaria del puerto de arribo, cumpliendo á la primera consignar en las patentes de sanidad, al visarlas, la existencia ó ausencia total ó parcial de los libros, lista y cuadro indicados en el § 1°. de este artículo.

Art. 6°.—Todos los navíos con destino á cualquiera de los tres países, deben traer patente de sanidad otorgada por la autoridad sanitaria del puerto de procedencia, visada por los Cónsules de los países de destino en el mismo puerto de procedencia y en los de escala. Esta patente de sanidad será presentada á la autoridad sanitaria de los puertos de los tres países para que sea visada, y será entregada á la del último puerto á que llegue el navío.

§ 1°.—El documento sanitario expedido hasta ahora por los Cónsules queda suprimido, sustituyéndose por la *visación* de la patente de sanidad y por cuyo acto cobrarán los Cónsules los emolumentos debidos.

§ 2°.—El *visto* consular será escrito en el reverso de la patente y autentificado por el sello del Consulado.

§ 3°.—Cnando por las informaciones y conocimiento exacto de los hechos, ninguna observación tuviere el Cónsul que hacer á los *dichos* de la patente de sanidad, la visación será simple; en caso

contrario el mismo Cónsul anotará á continuación del *visto* lo que le parezca conveniente para rectificar los *dichos* de la patente de sanidad.

Las patentes de sanidad que fuesen rectificadas, después de visadas, en el primer puerto de cualquiera de los tres países en que el navío tocase, serán acompañadas de un *billete sanitario* firmado por la autoridad del mismo puerto, en que se hará la declaración del tratamiento á que hubiese sido sometido el navío. A continuación del *visto* se hará constar la remisión del *billete.*

§ 4°.—Los Cónsules en los puertos de procedencia procurarán informarse en las reparticiones sanitarias locales, ó como mejor pudiesen, del estado sanitario de los mismos puertos, debiendo comunicar inmediatamente en caso de rectificación de la patente de sanidad, á la autoridad sanitaria de su país, la cual trasmitirá á las de los otros Estados Contratantes los motivos y fundamentos de la rectificación.

§ 5°.—Los navíos que tocasen puertos de los tres países deben sacar en cada uno de ellos patente de sanidad.

Estas patentes serán entregadas por el comandante á la autoridad del último puerto á que entrare el navío.

§ 6°.—Las Altas Partes Contratantes reconocen dos especies de patentes de sanidad: *limpia* y *sucia*, siendo *limpia* la que no refiere caso alguno de en-

fermedades pestilenciales exóticas en el puerto de procedencia ó en los de escala, y *sucia* la que consignase epidemia ó casos aislados de cualquiera de las referidas enfermedades.

§ 7°.—Los navíos de guerra de las Naciones amigas tendrán patente de sanidad gratuitamente.

Art. 7°.—Cada una de las Altas Partes Contratantes se compromete á instituir en la forma constitucional en su territorio, un *Cuerpo de Inspectores Sanitarios de Navío* compuesto de médicos especialmente encargados de fiscalizar á bordo de los navíos en que se hubieren embarcado, la ejecución de las providencias adoptadas en favor de la salud de los pasajeros y tripulantes, de observar las ocurrencias habidas durante el viaje y referirlas á la autoridad sanitaria del puerto de destino.

§ 1°.—*Los Inspectores Sanitarios de navío* serán funcionarios de las reparticiones de sanidad marítima de los Estados á que pertenezcan.

§ 2°.—*Los Inspectores Sanitarios de navío* serán nombrados por los Gobiernos mediante concurso, correspondiendo á los Jefes del servicio sanitario respectivo, designar á los Inspectores que deban embarcarse.

§ 3°.—El Reglamento Sanitario Internacional formulará el programa y objeto del concurso, así como las funciones que deben encomendarse á los *Inspectores Sanitarios de navío.*

Art. 8°.—En los puertos de cada uno de los

Estados contratantes se practicarán dos especies de cuarentena: la de observación y la de rigor.

§ 1°—La cuarentena de observación consistirá en la detención del navío por el tiempo necesario para practicar una rigurosa visita sanitaria á bordo.

§ 2°.—La cuarentena de rigor tendrá dos objetos 1°. averiguar si entre los pasajeros procedentes de puerto infectado ó sospechoso, viene alguno atacado de enfermedad pestilencial en vía de incubación; 2°. proceder á la desinfección de los objetos sospechosos de retener ó trasmitir contagios.

§ 3°.—La cuarentena de rigor será aplicada: 1°. á los navíos infectados; 2°. á los navíos á cuyo bordo hubiesen ocurrido casos de enfermedad no especificada y que no hubiese podido ser averiguada con motivo de la visita sanitaria.

§ 4°.—La duración de la cuarentena de rigor será determinada por el tiempo de la incubación máxima de la enfermedad pestilencial que se quiere evitar, es decir, *diez días* para la fiebre amarilla, *ocho* para el cólera y *veinte* para la peste oriental, Esa duración podrá contarse de dos modos 1°. partiendo de la fecha del último caso ocurrido durante el viaje y 2° partiendo de la fecha del desembarco de los pasajeros en el lazareto.

§ 5°.—La cuarentena de rigor comenzará á contarse desde la fecha del último caso ocurrido durante el viaje, cuando se cumplieren las tres

condiciones siguientes: 1ª Que el navío satisfaga las exigencias de los párrafos 1º., 2º. y 3º. del art. 5º; 2ª. que venga á bordo suyo un Inspector Sanitario de navío que certifique la fecha exacta de la terminación del último caso, la ejecución de todas las medidas de desinfección indicadas en las instrucciones que el mismo Inspector hubiese recibido del Jefe del servicio sanitario, conforme al Reglamento Internacional y el perfecto estado actual de la salud á bordo; 3ª. que la autoridad sanitaria local compruebe la veracidad de las informaciones prestadas.

§ 6º.—Si, en las condiciones indicadas en el párrafo anterior, el tiempo transcurrido desde el último caso hasta el momento de la llegada del navío, fuese igual ó mayor que el de la incubación máxima de la enfermedad pestilencial, los pasajeros serán puestos en libre plática, lo mismo que el navío, en caso de que éste último no trajese objetos sospechosos.

Si el navío trajese objetos sospechosos en condiciones tales que no hubiesen sido desinfectados ó precisaren todavía la desinfección, la libre plática de la embarcación solo tendrá lugar después de terminada la desinfección de dichos objetos.

En caso contrario, el navío y personas serán sometidas á cuarentenas de rigor.

§ 7º.—Si el tiempo transcurrido después del último caso de enfermedad pestilencial, fuera me-

nor del que se da á la incubación máxima y si el navío se encontrare en las condiciones exigidas por el § 5°., los pasajeros purgarán una cuarentena complementaria de tantos días cuantos faltasen para integrar el referido término de incubación máxima.

Dicha cuarentena complementaria será practicada en el Lazareto, salvo el caso de no haber en éste sitio disponible, lo que permitirá efectuar la cuarentena á bordo.

§ 8°.—Si el navío en el momento de su llegada tuviese personas atacadas de enfermedad pestilencial, serán éstas alojadas en el hospital flotante y los pasajeros sometidos á cuarentena en el lazareto flotante. La cuarentena en este caso se contará desde la fecha de la entrada de los pasajeros al lazareto.

El navío quedará sujeto á lo que para tales emergencias disponga el Reglamento Internacional.

§ 9°.—Quedarán también sujetos á lo establecido en el párrafo anterior, los navíos que habiendo tenido casos de enfermedad pestilencial, aunque no los presenten en el momento de su llegada, no hubieren satisfecho, sin embargo, las exigencias del párrafo 5°. de este artículo.

§ 10°.—Los navíos sospechosos que hubiesen hecho el viaje desde el puerto infectado ó sospechoso al puerto de arribo en un período de tiempo menor que el de la incubación máxima de la

enfermedad pestilencial que se procura evitar, quedarán igualmente sujetos á la cuarentena complementaria en los términos del párrafo 7°.

Queda exceptuado de esta cuarentena el navío de 2ª especie que procedente de un puerto reconocidamente limpio y en satisfactorias condiciones de salud de abordo, atestiguadas por el Inspector Sanitario de navío, tocare en Buenos Aires, Montevideo ó Río de Janeiro durante un estado epidémico y se limitase á descargar sus mercaderías, desembarcar sus pasajeros y dejar y recibir la correspondencia, con tal de que dichas operaciones se ejecuten en un pontón destinado al efecto por la autoridad sanitaria, convenientemente situado, libre de toda infección y en condiciones satisfactorias de aislamiento, y, por consiguiente, no recibiese á su bordo, ni tuviese contacto con persona ú objeto alguno de esos puertos.

Estos hechos serán comprobados por documento auténtico, firmado por la autoridad sanitaria del puerto que el navío tocare, visado por el Cónsul del país de destino, y atestiguado por un Inspector Sanitario igualmente del país de destino.

§ 11.—El navío sospechoso que verificase su viaje en un período de tiempo superior al de la incubación máxima ya citada, será sometido á la cuarentena de observación durante la cual se procederá á las investigaciones prescriptas en el Reglamento Internacional, y solamente después de

comprobado el hecho de no haber ocurrido caso alguno de enfermedad pestilencial, será puesto en libre plática.

Queda entendido que, si este mismo navío trajese objetos sospechosos no desinfectados, que no hubiese podido contaminar á los pasajeros y tripulantes, será sometido á cuarentena de rigor para completar la desinfección de los mismos, la cual comenzará después de retirados de á bordo los pasajeros que viniesen, los cuales deben ser puestos en libre plática.

En caso de posible contaminación, se estará á lo dispuesto en la última parte del párrafo 6° de este mismo artículo.

§ 12.—Los efectos de las disposiciones precedentes con relación á los navíos de 1ª. especie, indicada en el art. 5°. subsistirán, aunque no trajesen á su bordo Inspector Sanitario de navío, con tal que observasen rigurosamente las disposiciones del Reglamento Internacional en cuanto se refiere á la responsabilidad que asume el médico de á bordo para ante la autoridad sanitaria del puerto de llegada, relativamente á las informaciones que bajo la fé del juramento profesional tuviese que prestar, y que cumpliesen exactamente, durante el viaje, lo que en las instrucciones se determina como los deberes del Inspector Sanitario de navío.

§ 13.—Las disposiciones de los párrafos anteriores, en cuanto importen una concesión en relación

á las cuarentenas de rigor solo serán aplicadas en provecho de los navíos de 2ª especie que: 1º recibiesen á su bordo dando pasaje gratuito de primera clase de ida y vuelta al Inspector Sanitario de navío; 2º. observasen, relativamente á la salud de á bordo tanto en el momento de partida como durante el viaje, las recomendaciones del mismo Inspector.

En el caso contrario, no se admitirá para contar la cuarentena de rigor el criterio establecido en el § 4º. número 1º. tanto respecto de los pasajeros como del mismo navío.

Art. 9º.– Las disposiciones del § 1º. del art. 5º son obligatorias para todos los navíos que en cualquiera de los tres países gocen de los previlegios de paquete, á cuyo efecto los Gobiernos Contratantes se comprometen á retirar dichos privilegios de paquetes á todos los navíos que, cuatro meses después de entrar en vigor esta Convención no hubiesen dado extricto cumplimiento á las referidas prescripciones.

Art. 10.—Las Altas Partes Contratantes convienen en conceder privilegios de paquete solo á los navíos que se conformaren con la presente Convención y que probaren además ante la respectiva autoridad sanitaria haber dado cumplimiento á las exigencias del § 1º. art. 5º. y que declaren someterse á las condiciones 1ª. y 2ª. del § 13 del art. 8º.

Art. 11.—Las providencias sanitarias que las Altas Partes Contratantes hubiesen de tomar por tierra y dentro del propio territorio, no constituyen objeto de la presente Canvención; pero queda entendido que esas providencias nunca llegarán á establecer la suspensión absoluta de las comunicaciones terrestres. Los Gobiernos interesados se entenderán oportunamente sobre los puntos de comunicación y los medios más eficases para precaver todo peligro de invasión epidémica.

Art 12.– La presente Convención durará cuatro años contados desde el día del canje de las ratificaciones y continuará en vigor hasta que una de las Altas Partes Contratantes notifique á las otras la intención de darla por terminada, cesando doce meses después de la fecha de esa notificación.

Dichas ratificaciones serán canjeadas en la ciudad de Montevideo dentro del menor tiempo posible.

En fé de lo cual los respectivos Plenipotenciarios la firman y sellan.

Hecho en la ciudad de Río Janeiro á los veinte y cinco días del mes de Noviembre del año del nacimiento de Nuestro Señor Jesu-Cristo de mil ochocientos ochenta y siete.

(L. S.) Enrique B. Moreno. (L. S.) Carlos M. Ramírez.
(L. S.) Baron de Cotegipe.

Departamento
de
Relaciones Esteriores.

Buenos Aires, Enero 9 de 1888.

Habiendo procedido el Plenipotenciario Argentino, D. Enrique B. Moreno, de acuerdo con las instrucciones que le fueron pasadas el 24 de Octubre de 1887, para el ajuste de la Convención Sanitaria firmada en Río de Janeiro el 25 de Noviembre último con los Plenipotenciarios del Imperio del Brasil, el Barón de Cotegipe y de la República Oriental del Uruguay, Dr. D. Carlos M. Ramírez; y Considerando: que es urgente poner en vigor algunas cláusulas de esta Convención y otras del Reglamento formulado por el Congreso Médico respectivo, aprobado también por los mismos Plenipotenciarios con fecha 26 de Noviembre.

El Presidente de la República.

DECRETA:

Queda aprobada la presente Convención; sométase en oportunidad al H. Congreso.

JUAREZ CELMAN.
N. QUIRNO COSTA.

CAPÍTULO II

Reglamento Sanitario Marítimo de la República Argentina

Denunciada la Convención Sanitaria Internacional se hacía necesario establecer un sistema de profilaxia sanitaria que viniera á reemplazarla.

El Departamento Nacional de Higiene que tiene á su cargo la defensa del país de las importaciones mórbidas exóticas y que había experimentado los efectos de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional instituído por dicha Convención, era sin duda el llamado á proponer al Gobierno el plan de defensa que debía adoptarse.

La observación nos había enseñado que el antiguo Reglamento era suficiente para evitar la importación de la fiebre amarilla y que con muy ligeras modifi-

caciones podía servirnos hasta tanto que pudieran fundarse Estaciones de Desinfección en determinados lugares del país, en cuyo caso podrían sin gran peligro atenuarse en parte sus severas disposiciones.

Esta era la opinión general que dominaba en la mayoría de los miembros del Departamento de Higiene, y con el objeto de resolver definitivamente este asunto, el Consejo acordó encomendar á una Comisión el estudio de esta cuestión.

La Comisión compuesta del doctor Telémaco Susini, doctor Francisco Silveyra y el autor de este trabajo, se expidió en breve término acompañando un proyecto, el cual fué aprobado, previa discusión por el Consejo; y sometido á la consideración del Gobierno lo aprobó también según consta del decreto respectivo de 17 de julio de 1893.

El proyecto de Reglamento Sanitario Marítimo que nosotros presentamos estaba precedido de consideraciones explicativas, las cuales son útiles de consignar aquí como preámbulo del texto del Reglamento sancionado, á fin de que el lector pueda apreciar la razón de las modificaciones introducidas al antiguo Reglamento Sanitario Internacional que regía y sobre el que se hallaba enteramente calcado.

Esas consideraciones son las siguientes:

El Departamento ha creído que la obra de la Convención sin ser perfecta indudablemente, consideraba y respetaba los principios fundamentales de

la profilaxia, y su aplicación durante seis años ha demostrado palpablemente su bondad, al mismo tiempo que ha evidenciado inconvenientes que era menester corregir.

Por otra parte, la Convención contenía disposiciones que eran el resultado del acuerdo de tres potencias y las desventajas que por este acuerdo resultaron para la aplicación de nuestros medios profilácticos eran compensadas por beneficios de mayor importancia, puesto que al celebrar un tratado no se hace una obra ventajosa para uno solo, sinó que inspirándose en el principio de justicia y equidad al mismo tiempo que en las adquisiciones científicas, se trata que cada uno reporte las mayores ventajas posibles. Ha sido debido á no comprender esto que la Convención fué tan injusta como erróneamente tratada, tanto en el Brasil como en nuestro país.

Esas disposiciones, pues, han perdido su motivo de ser y aunque al formular el proyecto nos hemos inspirado en gran parte en el interés de nuestros buenos vecinos, cuya valiosa amistad deseamos afianzar, lo ha sido en tanto no se encuentren en abierta oposición con las de la salud de los habitantes de la República y de ahí que hayamos suprimido todas aquellas que se consideraban en esa categoría.

En cuanto al principio general de profilaxia, está de acuerdo con el que ha presidido á la Convención, con las últimas conquistas científicas en

todo lo que sean aplicables á la administración y especialmente á nuestras propias condiciones, resultantes de la situación geográfica, del clima, del comercio y de los buques que lo sirven. Al mismo tiempo que se ha querido salvaguardar la salud pública, se ha tratado de favorecer á los intereses comerciales, pero en todo caso en que ha podido presentarse una duda, cuando han resultado encontrados los intereses de la salud pública y algunas ventajas para el comercio, se ha optado por proteger aquella á todo trance, sin dañar de ninguna manera á éste, sinó imponiéndole muy justos y muy pequeños sacrificios, con lo que se consigue evitar un mal general de incalculables perjuicios para el país.

La historia médica de la República demuestra, que bajo el punto de vista de la introducción de una afección exótica infecciosa susceptible de adquirir un desarrollo epidémico, debe considerarse en primer lugar la fiebre amarilla, que nos amenaza permanentemente en ciertas épocas del año y en seguida el cólera, que sólo se presenta de tiempo en tiempo, cuando se desarrolla en Europa y especialmente en los puertos del Mediterráneo, puertos con los que estamos en comunicación más frecuente y por consiguiente en condiciones más fáciles para trasmitir los gérmenes de la enfermedad.

A primera vista podría decirse, que dada la enorme distancia que nos separa de Europa y la

relativamente corta de los puertos del Brasil en que reina la fiebre amarilla, sería más fácil la introducción de esta última que la del cólera. Y si esto puede ser cierto, no lo es menos, como desgraciadamente nos lo enseña la experiencia de las anteriores epidemias, que la distancia, por más grande que sea, no es bastante para constituir una garantía, porque aunque no se produgeran casos á bordo durante la travesía, la vitalidad de los gérmenes que han podido contaminar la ropa de los pasajeros y tripulantes resiste en determinadas condiciones que el acaso impone y conserva todo su poder infeccioso.

El hecho de que con los lugares de infección no tenemos más comunicación que la marítima, nos impone obligaciones especiales y no sólo nos autoriza sinó que nos obliga á cerrar la única puerta de entrada de la enfermedad, aplicando con la energía suficiente los medios que la ciencia aconseja.

Cuando tenemos conocimiento fidedigno de que el buque no puede trasmitir contagio, de que no existen en él gérmenes de la enfermedad, tiene libre la entrada, sin más obstáculos que las verificaciones necesarias; cuando por el contrario existe el convencimiento de que está infeccionado, debe forzosamente aplicársele el tratamiento que lo haga incapaz de perjudicar la salud pública. En la duda, en la sospecha de las condiciones del buque, cuando no puede evidenciarse si está infectado ó no,

cuando esa infección es presumible, se impone tratarlo como si realmente existiera.

Lo mismo debe aplicarse á los puertos infectados y sospechosos, pues entre uno y otro no se trata sino de grados en la probabilidad de la infección, pues que no todos los buques que salen de un puerto infectado han de trasmitir la enfermedad, ni todos los que salen de uno sospechoso están libres de infeccionarse. Especialmente bajo el punto de vista en que estamos colocados, conviene un tratamiento que si bien iguala á este respecto ambas clases de puerto, considera sobre todo el estado del buque durante la travesía y á su llegada.

En lo relativo á la declaración de infectado ó sospechoso aplicable á un puerto, la única diferencia importante que hemos establecido es considerar como infectado á todo aquel en el que se produzcan casos aislados de cólera, fiebre amarilla ó peste de Oriente, aun cuando bajo el punto de vista del tratamiento sanitario á que se sometan sus procedencias no exista diferencia de ninguna especie.

La base de la profilaxia en el sistema de la Convención y en el que establece este Reglamento, consiste en el conocimiento del estado sanitario del buque; el del puerto es simplemente una presunción que arroja una sospecha sobre la embarcación, que puede ser desvanecida por el estado de esta.

La observación prolongada ha demostrado que

no se puede tener ese conocimiento si los buques no son vigilados por empleados técnicos especiales que en cumplimiento de una misión oficial investigan todos lós elementos que puedan servirles para formar un juicio, los únicos capaces de revelarles la verdad, tan difícil, tan imposible de apreciar en todos los otros casos como nos lo revelán elocuentemente los hechos citados por el Delegado del Gobierno Argentino en el Congreso Médico de Berlín y principalmente los que ocurren á menudo en nuestro puerto, en que se llega hasta la ocultación de los enfermos, tratados inhumanamente y privados de los auxilios médicos necesarios, para que no denuncien con su padecimiento á la enfermedad infecciosa que los obligaría á someterse á un tratamiento sanitario.

De ahí la necesidad de los médicos inspectores sanitarios de navíos, esa institución tan útil, que no es impuesta á los buques y que las compañías comprendiendo sus legítimos intereses y los del comercio se apresuran á reclamar siempre, como ya ha sucedido, pues el gasto insignificante que les demanda es recompensado con creces. Por esta razón conservamos esta institución que nos es propia, por nuestras condiciones especiales de la navegación trasatlántica, en su casi totalidad extranjera.

Se han introducido solamente aquellas modificaciones que la experiencia ha evidenciado como necesarias. Séanos permitido hacer notar aquí,

que los resultados obtenidos por estos Inspectores no pueden ser más satisfactorios y que abrigamos la esperanza de que sus servicios cada vez serán más apreciados.

El Departamento ha creído que entre las diversas cuestiones que este asunto comprende debía estudiar otra más y es la referente al tratamiento sanitario, tratamiento análogo al instituido por la Convención con las ligeras variantes que la experiencia ha indicado.

El tratamiento tiene un doble objeto.

1° Impedir que una persona en la cual existe en el período de incubación la enfermedad que se quiere evitar, pueda desembarcar y enfermándose más tarde, ser el punto de partida de una epidemia.

2° Destruir los gérmenes mórbidos que puedan existir practicando la desinfección de las ropas contaminadas y de los demás objetos susceptibles de serlo. Tratar á los enfermos con todos los medios que la ciencia aconseja, para que de este modo no puedan ser causa de infección, vigilando además á los que se sospeche puedan enfermarse.

Se deduce, pues, que el primer factor que debe tenerse en cuenta es el período de incubación, el cual con arreglo á la Convención ha sido fijado respectivamente en 8, 10 y 20 días para el cólera, fiebre amarilla y peste del Oriente. La duración debe contarse desde el momento en que la persona ha

dejado de estar expuesta á la infección probable y no desde la fecha de partida del buque, pues una infección puede producirse durante la travesía y aun á la llegada por enfermos y por objetos susceptibles de retener y trasmitir contajios. Así, cuando durante el viaje se ha producido un caso de enfermedad pestilencial, comenzará á contarse el período desde que se ha hecho la última desinfección suficiente, pero practicada por una autoridad de confianza para el Departamento como son sus médicos inspectores. Nada importa que un buque haya puesto un mes en el viaje de un puerto infectado de Europa al nuestro, si no sabemos positivamente en qué condiciones partió y lo que ha ocurrido durante la travesía; es lo mismo que si hubiera llegado el mismo día: el período de incubación comenzará á contarse desde que los pasajeros hayan sido aislados y practicadas las desinfecciones correspondientes.

Si hubiera un inspector á bordo, que informara respecto de las condiciones sanitarias del buque y de lo inverosímil de una infección, que asegurara haber aplicado el tratamiento sanitario correspondiente y mejor todavía, si pudiera haber presidido á las operaciones de embarque, entonces sí, se contaría el período de incubación desde el momento de la partida, porque era el último en que se había estado expuesto al contagio.

En el cumplimiento de este precepto y sus conve-

niencias estriba todo el tratamiento sanitario, tan beneficioso para la salud pública como para las compañías de navegación. El gasto que se les impone de sostenimiento del Inspector es insignificante comparado con los beneficios que reportan directamente de la disminución ó supresión de las cuarentenas, la ayuda del Inspector durante el viaje y la confianza para los viajeros. La obligación de tener aparatos de desinfección es una ventaja, produce más beneficio que el lujo, pues ésta como otras instalaciones sanitarias significa más que la comodidad, la salud para los pasajeros.

El Departamento tiene derecho para pretender que los buques sean lo más aseados posible y en ningún caso la causa de desarrollo de enfermedades contagiosas. No pudiendo obligarles directamente, porque como hemos dicho, esos buques no dependen del Gobierno, hay que hacerlo por medios indirectos y entre ellos ninguno puede producir mayor efecto que el darles facilidades en el tratamiento sanitario ó acordarles privilegio de paquetes solamente á aquellos que tengan esas instalaciones y se sujeten á prescripciones, que por humanidad y por conveniencia deberían apresurarse á satisfacer.

Indudablemente que por su situación geográfica, el Brasil no puede obtener los mismos beneficios que el Reglamento proporciona á los países Europeos; pero no es posible cambiar la naturaleza de

las cosas y mientras ese país sea origen de la fiebre amarilla, hay que aplicarle medidas que no son especiales para él, que le corresponden por igual con todos aquellos lugares que se encuentren en las mismas condiciones. La travesía desde los puertos del Brasil al de Buenos Aires se efectúa en menor período que el de incubación máxima de la enfermedad, luego, pues, hay que completar el número de días para eliminar el peligro de la introdución de fiebre amarilla. Es obvio que no puede aplicarse á la fiebre amarilla otro criterio que al cólera y bien por el contrario, una vez que la observación ha demostrado que los elementos generadores de la primera tienen más resistencia que los del segundo.

Estas mismas facilidades que ofrecemos á los buques que tengan las instalaciones correspondientes, obligan á nuestros buenos vecinos á influir también de su parte para que las compañías de navegación coloquen sus navíos en las condiciones que actualmente exige la higiene; estas mismas facilidades les obligan á preservar sus puertos no atacados por la enfermedad á fin de que no pueda aplicárseles medidas que en otros tiempos y en determinadas épocas del año se dictaban para todos sus puertos y que hoy han desaparecido por consideraciones científicas y de confraternidad entre los pueblos.

Iguales observaciones tendríamos que hacer por

lo que se refiere á la República hermana de la otra orilla del Plata y creemos que tenemos motivo para pensar que ambas autoridades sanitarias, las nuestras y las orientales, han de marchar de acuerdo, inspiradas por los mismos propósitos y que serán puramente del pasado las desinteligencias que no tienen razón de existir y que han obligado á medidas extremas que siempre es conveniente evitar.

No cree el Departamento que deba entrar por cierto en otro género de consideraciones, que por otra parte se imponen; pero sí cree de su deber hacer presente que el hecho de proceder á una reglamentación aislada por nuestra parte, no implica rechazar la idea de una nueva Convención; es simplemente una medida de previsión, en tanto aquella no se realiza y al mismo tiempo se establecen los principios que deberían tenerse en cuenta al efectuarla. Opina el Departamento que sería útil un acuerdo, basado en conveniencias comunes, que establezca procedimientos claros y precisos y que al mismo tiempo sea una garantía real para la salud pública de los diversos países, un nuevo vínculo de unión entre pueblos que se deben la mayor simpatía y mutuo apoyo, para no verse jamás en la necesidad de tomar medidas que puedan menoscabar en algo los intereses generales á menos que razones supremas las hagan imprescindibles.

REGLAMENTO SANITARIO MARÍTIMO

I

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 1.º—Los buques de las naciones amigas serán recibidos en los puertos de la República con arreglo á las disposiciones de este reglamento, en todo aquello que se refiere á profilaxia; pero en casos especiales y cuando las circunstancias lo exijan, se puede clausurar los puertos para las procedencias exranjeras en que reine una enfermedad epidémica.

Art. 2.º—El Puerto de Buenos Aires será el único de entrada para las procedencias de puertos infectados ó sospechosos. En los casos de epidemia en el Paraguay ó en las regiones limítrofes del Brasil y República Oriental del Uruguay, el Departamento Nacional de Higiene resolverá lo que considere conveniente con arreglo á los principios de este Reglamento.

Art. 3.º—Las medidas de profilaxia tendrán por base el estado de los puertos de procedencia y de tránsito, así como el del buque durante la travesía y en el momento de su llegada.

Art. 4.º—El objeto de estas medidas será evitar:

a) La introducción de una enfermedad exótica susceptible de desarrollarse epidémicamente y á este respecto especialmente la fiebre amarilla, el cólera y la peste de Oriente.

b) De enfermedades infecciosas no exóticas, como la viruela, sarampión, escarlatina y demás *congéneres*.

c) Preservar á los que viajan de enfermedades que

puedan desarrollarse por malas condiciones de higiene, desaseo, etc., del navío.

Art. 5.º—Las enfermedades del primer grupo requieren medidas con relación á los puertos en que exista una de ellas con respecto al buque, pasajeros y sus efectos, tripulantes, carga, etc.

Los del segundo y tercer grupo las requieren respecto del buque y de los pasajeros ó de aquel solamente, según los casos.

Art. 6.º—Las medidas de profilaxia fluvial interna reposarán siempre sobre este principio: no se permitirá la navegación de un buque que sea sospechoso ó sucio, sin haberlo sometido previamente al correspondiente tratamiento sanitario.

II

CLASIFICACIÓN DE LOS PUERTOS

Art. 7.º—Se considera puerto infeccionado aquel en que existen uno ó más casos de las enfermedades de que habla el § *a* del art. 4.º, ya se manifiesten aislados ó epidémicamente.

Art. 8.º—Se considera puerto sospechoso:

1.º Aquel que tuviese comunicación fácil y frecuente con las localidades infectadas.

2.º Aquel que no se precaviese suficientemente de los puertos infectados con arreglo á los principios de este Reglamento y á la apreciación del Departamento Nacional de Higiene.

Art. 9.º—La declaración de puerto infeccionado ó sospechoso será hecha por el P. E. toda vez que con arreglo á lo prescripto en los artículos anteriores lo resuelva el Departamento Nacional de Higiene, de acuerdo con las informaciones que á este respecto tenga.

En los casos en que por informaciones dignas de crédito se tenga conocimiento de la aparición en una localidad del cólera, fiebre amarilla, peste de Oriente, podrá hacerse esa declaración mientras se practica la correspondiente información especial.

Art. 10.—La declaración de infectado ó sospechoso aplicada á un puerto, producirá la interdicción sanitaria de los navíos procedentes de él, que hubiesen salido durante el período inmediatamente anterior á la fecha de dicha declaración; esto es, de 20 días para la peste, de 10 para la fiebre amarilla y de 8 para el cólera.

Art. 11.—El Departamento Nacional de Higiene procurará entrar en relación con las autoridades sanitarias de la República Oriental y del Brasil con el objeto de obtener uniformidad en la declaración á que se refiere el art. 9.°, con la primera respecto á las procedencias del Brasil, en caso de que en éste exista una de las enfermedades que la requieren y con ambas respecto á las procedencia de otros puntos.

III

DE LOS NAVÍOS

Art. 12.—Se distinguen dos clases de navíos:

a) Los transportes á vapor ó á vela con más de cien personas entre pasajeros y tripulantes.

b) Los que tienen menos de esta cantidad.

Art. 13.—Los de la clase *a*) están obligados á llevar siempre médico, botiquín, útiles de cirujía, ete.

Art. 14.—Para que un buque pueda tener privilegio de paquete es menester que además de satisfacer las exigencias del artículo anterior, esté provisto de lo siguiente:

—De estufa de desinfección certificada por el Departamento;

—De depósito desinfectante y útiles de desinfección con arreglo á las indicaciones del reglamento especial:

—De un libro de proveeduría de farmacia, en el cual se designará la cantidad y especie de las drogas ó medicamentos existentes á bordo en el momento de la partida del puerto de procedencia, así como los abastecimientos suplementarios que hubiese recibido en los puertos de escala.

—De un libro de registro de las recetas médicas;

—De un libro clínico, en el que se anotarán con la mayor minuciosidad todos los casos de enfermedad ocurridos á bordo y los respectivos tratamientos;

—De la lista de pasajeros con indicación de nombre, edad, sexo, nacionalidad, profesión y procedencia;

—Del cuadro de la tripulación;

—Del manifiesto de carga.

Los libros á que se refiere el párrafo anterior serán abiertos, rubricadas y selladas sus hojas por el Cónsul de la República en el puerto de procedencia, y las fojas referentes á cada viaje serán cerradas por la autoridad sanitaria del puerto de destino.

Por la habilitación de estos libros no pagarán emolumento alguno los Comandantes de navío.

Todos los papeles de á bordo serán sometidos al examen de la autoridad consular en los puertos de procedencia, y de la autoridad sanitaria del puerto de arribo, cumpliendo á la primera consignar en las patentes de sanidad, al visitarlas, la existencia ó ausencia total ó parcial de los libros, listas y cuadros prescriptos.

Art. 15.—No se podrá dar curso á ninguna solicitud de privilegio de paquete si no se acompaña un certificado del Departamento Nacional de Higiene en que conste que se ha cumplido con las exigencias de que habla el artículo anterior. Todo privilegio de paquete concedido en contra de esta disposición es nulo.

Art. 16.—Se acuerda un plazo de tres meses para que los buques que gozan actualmente de privilegio de paquetes se pongan en las condiciones del artículo 15. Los que así no lo hicieran perderán de hecho el privilegio.

Art. 17.—El Departamento Nacional de Higiene comunicará al P. E. y directamente á la Prefectura Marítima y á la Aduana, la nómina de los buques que gozan de este privilegio y la de aquellos que lo pierdan, para que esas autoridades procedan conforme á las indicaciones del Departamento.

Art. 18.—Los buques argentinos que navegan al exterior están obligados á tener un médico á bordo, que se designará con el nombre de embarcado, que debe ser argentino, nombrado por el Departamento Nacional de Higiene y costeado por las compañías.

Art. 19.—La remuneración que deben percibir, tanto los médicos embarcados como los Inspectores Sanitarios viajeros, será fijada por el Departamento Nacional de Higiene.

Art. 20.—Bajo el punto de vista del tratamiento sanitario, se distinguen dos clases de buques entre los de la categoría *a)* del artículo 12.

§ 1º Los que tienen medicos embarcados argentinos ó Inspector sanitario viajero argentino, nombrados por el Departamento Nacional de Higiene.

§ 2º Los que no lo tienen.

Art. 21.—Solamente los comprendidos en el § 1º del artículo anterior, cuyos médicos ó Inspectores sean costeados por las compañías y se sometan por completo á lo prescripto por este Reglamento y las instrucciones especiales del Departamento Nacional de Higiene, podrán gozar de los beneficios que en casos determinados acuerda el Reglamento en el tratamiento sanitario.

Art. 22.—Se considera *navío infectado:* aquel en que hubiese ocurrido algún caso de enfermedad pestilencial.

Navío sospechoso: 1º aquel que, procedente de puerto infectado ó sospechoso, no hubiese tenido durante el viaje caso de alguna enfermedad pestilencial; 2º aquel que, aunque procedente de puerto limpio, hubiese tocado en puerto infectado ó sospechoso; 3º aquel que, durante el viaje ó á su arribo, comunicase con otro navío de procedencia ignorada, infectada ó sospechosa; 4º aquel que hubiese tenido defunciones por causa no determinada, ó repetidos casos de una enfermedad cualquiera; 5º aquel que no trajese patente de sanidad del puerto de procedencia, así como de los puertos de escala, debidamente visada por los Cónsules de la República en esos puertos; 6º los que conduzcan objetos sospechosos ó susceptibles de trasmitir contagios en circunstancias que esto sea probable, considerándose como tales—las ropas, paños, trapos, colchones y todos los objetos de uso y servicio personal, así como las balijas, baules ó cajas usadas para guardar estos objetos, y también los cueros frescos. Los demás objetos no especificados anteriormente, así como los animales en pié, no serán considerados sospechosos.

IV

PATENTES DE SANIDAD

Art. 23.—Todo buque que salga de un puerto de la República, está obligado á munirse de una patente ó carta de sanidad, que exprese en una fórmula sencilla el estado sanitario del país, y si existen ó no en él enfermedades que exijan las precauciones sanitarias, y además el nombre y tonelaje del buque, el nombre del capitán, la clase de la carga, el número de la tripulación, el de los pasajeros, así como el estado higiénico de á bordo.

Art. 24.—Las patentes serán uniformes en todos los puertos de la República y se extenderán con arreglo al artículo anterior y al modelo que indique el Departamento Nacional de Higiene.

Art. 25.—Cuando en algún puerto de la República ó en sus inmediaciones, apareciera alguna enfermedad susceptible de desarrollarse epidémicamente, la autoridad sanitaria del puerto está en el deber de verificar si en efecto la enfermedad es de naturaleza trasmisible, haciendo en ese caso la declaración oficial y anotando el hecho en las patentes de sanidad que expida.

Art. 26.—En todo tiempo, y especialmente en los de epidemia, la autoridad sanitaria, antes de dar la Patente de Sanidad, se informará sobre el estado sanitario é higiénico de los buques que deben salir del puerto, ordenando medidas convenientes para mejorar su estado.

Art. 27.—En todo tiempo, los buques que arriben á puertos de la República están obligados á presentar la Patente de Sanidad del puerto de origen, la cual deberá complementarse con la de los puertos de tránsito en que tocasen, exceptuándose los casos de arribada forzada en que el buque no haya tenido contacto con tierra.

Art. 28.—Las Patentes de Sanidad no tendrán valor si no son visadas por el Cónsul Argentino en los puertos de partida y de tránsito. Si la autoridad local del punto de partida ó de tránsito no expide patentes ó cartas de sanidad, ó si las que expide no consignan los datos exigidos por la autoridad sanitaria nacional, deberá hacerlo el Cónsul argentino, para los buques con destino á la República.

El visto consular será escrito al reverso de la patente y autentificado con el sello consular.

Art. 29.—Cuando por las informaciones obtenidas y conocimiento exacto de los hechos, ninguna observación

tuviere el Cónsul que hacer á los *dichos* de la patente de sanidad, la visación será simple; en caso contrario, el mismo Cónsul anotará á continuación del *visto* lo que le parezca conveniente para rectificar los *dichos* de la patente de sanidad.

Así mismo informarán los Cónsules en los puertos de tránsito con respecto al tratamiento sanitario á que hubiese sido sometido el navío, haciendo constar estos datos en un billete sanitario con arreglo al modelo que indicará el Departamento Nacional de Higiene.

Art. 30.—Solo se expedirán y reconocerán dos clases de patente:

Limpia, cuando no reine enfermedad alguna importable ó sospechosa con casos aislados ó epidémicamente en los puertos de procedencia ó escala, y *sucia* en caso contrario. En uno y otro caso, la apreciación de la patente corresponde á la autoridad sanitaria.

Art. 31.—Toda otra patente expedida en el extranjero, sea cual fuere su denominación, se reputará como sucia. La misma clasificación sufrirá la limpia que haya mudado de carácter por los accidentes del viaje, y la expedida en puertos extranjeros que no esté visada por el Cónsul Argentino en él, ó en alguno de los puntos inmediatos si allí no le hubiese.

Art. 32—Quedan exceptuados de la obligación de munirse de patentes los buques guarda-costas, los de los prácticos lemanes y de puertos. Los buques de guerra de las demás naciones tendrán patente de sanidad gratuita.

V

DEL PERSONAL ENCARGADO DE LA POLICÍA SANITARIA MARÍTIMA.

Art. 33.—Este personal comprende: — *A*, Cónsules ó Agentes del Departamento.—*B*, Médicos embarcados é Inspectores Sanitarios viajeros,—*C*, Inspectores de Sanidad,—*D*, Médicos de Sanidad.—*E*, Guardias sanitarios.

DE LOS CONSULES Ó AGENTES DEL DEPARTAMENTO

Art. 34.—Los Cónsules de la República tratarán de informarse en los diversos países, acerca del estado sanitario y especialmente del de los puertos, debiendo comunicar periódicamente al Departamento todo lo que observen á este respecto, tanto con relación á la marcha de las enfermedades susceptibles de desarrollo epidémico, como de lo demás que consideren de interés.

Art. 35.—Deberán comunicar inmediatamente los motivos y fundamentos de la rectificación de las patentes de sanidad.

Art. 36.—Inmediatamente que se presente el primer caso cierto ó sospechoso de cólera, fiebre amarilla ó peste lo comunicarán telegráficamente al Departamento.

Art. 37.—Cuando el Departamento lo juzgue necesario, podrá nombrar un agente médico sanitario, con residencia en el lugar conveniente, á fin de recibir informaciones técnicas fidedignas.

Art. 38.—Si un Cónsul ó Agente se hiciera notar por la demora en trasmitir los datos á que se refieren los artículos anteriores, por errores repetidos ó no justificados, el Departamento lo pondrá inmediatamente en conocimiento del P. E.

DE LOS MÉDICOS EMBARCADOS É INSPECTORES SANITARIOS VIAJEROS

Art. 39.—Los médicos embarcados en los buques argentinos y los médicos Inspectores Sanitarios viajeros tendrán las mismas funciones y serán nombrados entre los médicos argentinos de nacionalidad, con arreglo á lo dispuesto en este Reglamento.

Art. 40.— Los puestos serán obtenidos por concurso ante un Jurado por el candidato que presente las mejores pruebas de competencia.

La invitación para el concurso será publicada por treinta días consecutivos, señalando día y hora para la instalación del Jurado.

§ 1° El concurso versará sobre las siguientes materias: Geografía médica; Enfermedades exóticas pestilenciales; Enfermedades contagiosas en general; Profilaxia — medios de aislamiento — sistemas de desinfección—naturaleza y modo de obrar de los agentes de desinfección; Higiene naval; Organización de la policía sanitaria marítima argentina, brasilera, uruguaya, francesa, italiana, inglesa, portuguesa, española, etc., etc.; Estadística y naturaleza del comercio de intercambio; Interpretación de este Reglamento.

§ 2° Las pruebas del concurso consistirán en una exposición oral de un cuarto de hora para cada proposición, y de una sola prueba escrita sobre cualquiera de las materias del concurso y una de bacteriología práctica y de diagnóstico del cólera en Oficina Sanitaría.

Las proposiciones serán designadas á la suerte para cada materia, que formulará el jurado inmediatamente antes de dar principio al concurso.

Los concursos orales que tengan lugar en el mismo día versarán sobre las mismas proposiciones. Cuando por el número de candidatos no fuese posible terminar el concurso en un solo día, se designarán igualmente por la suerte, nuevas proposiciones en cada día siguiente.

Durante la prueba oral de un candidato, no estarán presentes los demás.

La prueba escrita consistirá en el desarrollo de una proposición designada por el Jurado sobre cualquiera de las materias del concurso, para lo cual tendrán los candidatos tres horas de plazo.

§ 3º El Jurado será compuesto por el Presidente del Departamento Nacional de Higiene y cuatro miembros designados por la suerte.

El Jurado será elegido ocho días antes del día señalado para el concurso.

El laudo del Jurado se limitará á designar en un acta el nombre de los candidatos que hubieren exhibido mejores pruebas y será firmado por todos sus miembros.

Las votaciones del Jurado serán por materias y por números y el cuociente indicará el orden que ha de designar al laureado.

Art. 41.—En los casos urgentes el Departamento está autorizado para hacer nombramientos en comisión de médicos Inspectores.

DEBERES Y ATRIBUCIONES DE LOS INSPECTORES SANITARIOS

Art. 42.—Son obligaciones de los Inspectores Sanitarios viajeros:

1º Hallarse siempre en disponibilidad y á las órde-

nes del Presidente del Departamento, para transportarse á cualquier punto que aquel designe.

2º Embarcarse en el navío que el Ministro ó el Cónsul en el extranjero les indiquen, ó el más caracterizado de los Inspectores, si estuviese expresamente autorizado, á fin de cumplir y hacer cumplir á bordo los preceptos de este Reglamento y de las exigencias que lo motivan, así como de las instrucciones que recibiere del Jefe del Servicio Sanitario.

3º Llevar un registro ó diario de viaje que les será entregado por el Jefe del Servicio Sanitario, numeradas y selladas sus fojas, en el cual, tres veces por día, con designación de fecha y hora, anotarán todas las circunstancias que observasen relativas á la salud de los pasajeros y tripulación del buque, así como todas aquellas causas procedentes del mismo navío ú otras que fuesen capaces, en su concepto, de perjudicar á la salud de aquellos. Así mismo anotarán circunstanciadamente todas las medidas que en ejercicio de sus atribuciones hubiesen tomado.

4º Verificar á la salida del puerto de procedencia y en los de escala, el depósito de desinfectantes y útiles de desinfección, así como el botiquín, confrontando las existencias con las anotaciones de los libros respectivos, y hacer notar al Comandante del navío, en tiempo oportuno, cualquiera deficiencia á fin de que pueda ser subsanada.

5º Examinar en el momento de embarque á los pasajeros de proa y rechazar á todos aquellos que parezcan afectados de alguna enfermedad contagiosa, cualquiera que ella sea, é igualmente á los convalecientes en los mismos casos, á no ser que se pruebe que la convalecencia data de más de veinte

días antes de la partida. Practicar desde el momento de su embarque el tratamiento sanitario que este Reglamento indica.

6º Estorbar el embarque de ropas sucias, cualquiera que sea su origen, así como el de todos aquellos objetos que note en mal estado de conservación, advirtiendo de ello al Comandante del navío.

7º Verificar el estado de limpieza é higiene del buque en todos sus compartimentos antes de que comiencen las operaciones de carga y embarque de pasajeros en los puertos de procedencia, debiendo hacer notar al Comandante del navío las indicaciones que, en su concepto y á fin de poner al buque en las mejores condiciones, crea que deben llenarse. Tanto estas observaciones como las medidas puestas en práctica, mencionando la cooperación prestada por el Comandante, se harán constar en el libro de viaje del Inspector Sanitario viajero.

8º Prestar sus cuidados profesionales á los pasajeros y tripulación del navío, siempre que le sean solicitados por el Comandante, el médico de á bordo, si lo hubiese, ó por aquellos: pero en todo caso debe exigir el conocimiento de cualquier caso de enfermedad que ocurriese, por insignificante que parezca, para observarlo y anotarlo en su libro, teniendo especial cuidado de marcar con precisión la fecha en que comenzó y la de la terminación, ya fuese por la curación ó por la muerte, así como todos los detalles conducentes á investigar la naturaleza de la enfermedad.

9º Consignar en cada escala ó arribada del navío, en su libro de viaje, la fecha y hora precisa de la llegada y de la partida, así como los datos que haya

podido recojer acerca del estado de la salud pública en cada puerto de los que el navío tocare.

10. Visitará dos ó tres veces por día la enfermería del navío, para comprobar el estado de los enfermos.

11. Igualmente visitará aquellos pasajeros que se queden en las *couchettes* ó encerrados en sus *cabines* por cualquier motivo; debiendo llevar su empeño hasta aconsejar á cada pasajero de proa aquellos cuidados personales ú otros que exigen la higiene para la conservación de la salud á bordo.

12. Toda vez que notase la aparición á bordo de algún caso sospechoso ó confirmado de una enfermedad pestilencial ó de otra cualquiera contagiosa, debe inmediatamente proceder á aislar el enfermo, previniendo desde luego al Comandante é indicándole al mismo tiempo las medidas de preservación necesarias.

a) Hará aislar el enfermo en un paraje bien aereado del navío, paraje que de ante mano debe estar dispuesto para ese objeto;

b) Vigilar que todas las deyecciones sean debidamente desinfectadas y arrojadas al mar;

c) Hará destruir por el fuego ó someterá á una rigurosa desinfección la ropa blanca, las de cama, colchones, almohadas, etc., que hayan usado los pacientes durante la enfermedad y y á medida que fuesen cambiándoselas en el curso de ésta;

d) Hará igualmente desinfectar las partes sospechosas del navío y muy especialmente las enfermerías y *cabines* ó alojamientos donde hayan estado los enfermos.

13. Inscribirá en su registro todas las medidas toma-

das para el aislamiento de los enfermos, para la desinfección de las deyecciones, para la destrucción ó purificación de ropa blanca y piezas de cama, para la desinfección de los alojamientos, etc., expresando con precisión la naturaleza, la dosis y modo como se han empleado los agentes utilizados como desinfectantes, debiendo marcar la fecha y hora exacta de cada operación.

El Inspector Sanitario viajero está obligado á presentar su diario de viaje y responder bajo la fé del juramento á todas las preguntas que, para verificar el estado sanitario presente y pasado de á bordo durante el mismo viaje, creyese conveniente dirigirle la autoridad sanitaria.

El interrogatorio de la autoridad podrá ser verbal ó escrito.

DE LOS INSPECTORES DE SANIDAD

Art. 43.—Los Inspectores de Sanidad, cuyos servicios están más especialmente afectados á la policía sanitaria interna, podrán ser comisionados, cada vez que el Departamento lo juzgue conveniente para desempeñar las funciones de algún otro empleo técnico de la Sanidad Marítima, debiendo en este caso ajustarse extrictamente á lo que establece el Reglamento Sanitario Marítimo y el Reglamento especial de Inspectores de Sanidad.

DE LOS MÊDICOS DE SANIDAD

Art. 44.—Los médicos de sanidad serán nombrados igualmente por concurso y necesitarán las mismas condiciones que los médicos Inspectores Sanitarios viajeros.

Además de otras obligaciones que le sean encomendadas por disposiciones especiales del Departamento, están obli-

gados á proceder con extricta sujeción á lo que prescribe este Reglamento.

Art. 45.—El Departamento procederá á sacar á concurso todos los empleos técnicos de su dependencia que no hubieran sido obtenidos por este procedimiento, quedando á este efecto suspendidas las personas que los ocupen sin haber llenado ese requisito.

DE LOS GUARDAS SANITARIOS

Art. 46.—Para ser Guarda Sanitario se requiere haber terminado los estudios exigidos por la escuela de Guardas, creada por el Departamento Nacional de Higiene y haber llenado todos los requisitos establecidos en el Reglamento especial de Guardas Sanitarios.

Art. 47.—Sus obligaciones son las que establece el Reglamento citado en el artículo anterior.

DE LAS VISITAS SANITARIAS

Art. 48.—Ningún navío procedente de puertos extranjeros será puesto en libre plática, sin previa visita sanitaria.

Art. 49.—Solo serán dispensados de la visita, en tanto no resuelva en contra el Departamento, los navíos que viajan en los ríos de la República, entre los puertos de la misma ó de las naciones ribereñas, los cruceros y lanchas de pesca.

Art. 50.—El objeto de la visita sanitaria es: verificar el estado de salud de á bordo, ordenar las medidas convenientes para conservar ó restablecer las buenas condiciones higiénicas de los navíos, imponer las cuarentenas precisas y fiscalizar el cumplimiento de las providencias adoptadas.

Art. 51.—En cada puerto habrá dos visitas:

a) *Externa*, para los navíos que entrasen.

b) *Interna*, para los navíos ya fondeados.

Ambas visitas siempre serán hechas durante el día, con excepción del caso en que reinara en los fondeaderos una enfermedad pestilencial.

En esta hipótesis, la autoridad sanitaria podrá ordenar visitas durante la noche.

Art. 52.—Estas visitas podrán ser hechas por el Jefe del servicio cuando lo creyera necesario, por los médicos de sanidad, ó cualquiera de los médicos del Departamento Nacional de Higiene, cuando circunstancias especiales así lo exijan.

Art. 53.—Ninguna autoridad policial ó aduanera podrá ejercer jurisdicción propia sobre navío que aún no hubiese recibido la visita sanitaria. En el caso de que los agentes de dichas reparticiones se dirigiesen al navío conjuntamente con el de la autoridad sanitaria, este último tendrá siempre prioridad sobre los demás, los cuales no podrán comunicar con la embarcación sin el permiso de aquel.

Art. 54.—La bandera amarilla izada en el mástil de proa de cualquier navío es signo de interdicción impuesta á la embarcación por la autoridad sanitaria.

La única autoridad competente para levantar la interdicción impuesta á un navío es la autoridad sanitaria, y tanto la Capitanía del Puerto ó Prefectura Marítima, como las autoridades aduaneras y policiales, quedan obligadas á respetar y á hacer cumplir respectivamente dicha interdicción.

DE LA VISITA SANITARIA EXTERNA

Art. 55.—Luego que cualquier navío hubiese anclado en el fondeadero de visita, la autoridad sanitaria se dirigirá á él y una vez puesto al habla, proderá al *interrogatorio*.

El interrogatorio será dirigido por la autoridad sanitaria al Comandante del navío, al médico de á bordo, ó al Inspec-

tor Sanitario viajero, si lo hubiese, exigiendo respuestas claras á las siguientes preguntas:

1º Cuál es el nombre del navío?

2º De dónde viene y cuántos días trae de viaje?

3º Cuál es el nombre y calidad del informante?

4º Qué puertos tocó?

5º Comunicó durante el viaje con algún navío?
Cuál y de qué procedencia?
Cuál era el estado sanitario de á bordo de aquel navio?

6º Tiene patente de sanidad?
Limpia ó sucia?

7º Tiene ó ha tenido enfermos á bordo?
Cuántos?
De qué enfermedad?
Cuántos sanaron?
Cuántos fallecieron?
Cuántos se encuentran en tratamiento?

8º En qué fecha, después de la partida, apareció el primer caso de enfermedad y cuál fué éste?

9º Ha sido sometido el navío á algún tratamiento sanitario en algún puerto de escala?
Cuál fué ese puerto y cuál el tratamiento?

10. Qué documento trae que compruebe la realidad de ese tratamiento?

11. En qué fecha tuvo lugar la última defunción á bordo?

12. Tiene el navío estufa de desinfección y fueron practicadas desinfecciones?

13. Posee todos los libros y papeles indicados en el Reglamento?

14. Qué viene á hacer en este puerto?

§ 1º. Las respuestas dadas á las anteriores preguntas se consignarán en el libro de visitas que

la autoridad sanitaria debe llevar consigo; y si todas las respuestas fuesen satisfactorias y no hubiese motivo alguno para dudar de la veracidad de ellas, la autoridad entrará en el navío y procederá, acto continuo, á dar lectura de las mismas respuestas, firmando en seguida y haciendo firmar también al comandante del navío y al informante la hoja respectiva en que hubiesen sido consignadas, hecho lo cual procederá al *examen ordinario.*

§ 2°. Para proceder al *examen ordinario*, la autoridad sanitaria pedirá en primer lugar, la patente de sanidad, la cual guardará consigo; pasará en seguida á examinar las anotaciones de á bordo, principalmente el libro de la enfermería y el recetario médico, el cual será *visado* por ella en la página donde terminen las anotaciones.

Examinará en seguida los diversos compartimentos del navío, sobre todo la enfermería y alojamientos de la tripulación y pasajeros, y si verificase que las informaciones fueron exactas y nada hiciera suponer que el navío estuviese contaminado, *visará* la patente de sanidad, la cual será entregada al comandante si no se tratara del último puerto de destino, y el navío será puesto en *libre plática.*

§ 3°. Si el estado sanitario de á bordo fuese bueno y sin embargo el navío estuviese en malas condiciones de limpieza é higiene general, la autoridad sanitaria ordenará las medidas de saneamiento que fuesen indispensables, marcándole para su ejecución un término perentorio.

Vencido este término, la embarcación podrá efectuar sus operaciones en caso de que hubiese dado cumplimiento á las órdenes recibidas.

Estas medidas de limpieza é higiene general no impiden el desembarque de los pasajeros ni obstan á las comunicaciones del personal de á bordo con tierra.

La orden de la autoridad sanitaria debe ser comunicada por escrito á la autoridad aduanera.

§ 4º. Si las informaciones no fuesen satisfactorias ó si el navío procediese de puerto infeccionado ó sospechoso, la autoridad sanitaria no entrará á bordo é intimará al navío que siga sin demora á la estación cuarentenaria próxima, donde será visitado por el médico del *lazareto flotante*, en caso de que no tuviera á su bordo inspector sanitario.

§ 5º. El médico del lazareto flotante procederá entonces al *examen riguroso*.

En este examen se observará el siguiente proceso: el referido médico examinará todos los libros de á bordo, balanceando las drogas existentes en el botiquín con las anotaciones del respectivo libro de proveeduría; procederá á llamar á los tripulantes y pasajeros y á averiguar los motivos de la ausencia de los que faltasen; recorrerá los diversos compartimentos del navío y, si de todas las pesquizas resultara la certidumbre sobre el estado sanitario del mismo, dará cumplimiento á lo que dispone el capítulo VII de este Reglamento.

§ 6º. Si las informaciones fuesen satisfactorias,

pero se verificase, con ocasión del examen ordinario, que no fueron exactas ó que hubo mala fé por parte del informante respecto á la salud de á bordo, la autoridad sanitaria se retirará del navío sin continuar en el examen, trayendo la patente de sanidad del navío, que será intimado á dirijirse á la estación cuarentenaria, donde se le hará el *examen riguroso*, de que trata el párrafo anterior.

En este caso, la autoridad sanitaria que hubiese procedido al *examen ordinario*, así como las personas que hubiesen comunicado con el navío, quedarán detenidas á bordo de la embarcación que las condujo, ó en otra destinada á ese fin, hasta que del resultado del *examen riguroso* se desprenda cuál es el tratamiento que les debe ser aplicado. La embarcación que condujese á la misma autoridnd, de vuelta del navío izará bandera amarilla en el mástil de proa y se declarará en cuarentena, hasta que el Jefe del servicio determine lo que fuese procedente.

§ 7º Si la inexactitud de las informaciones consistiese apenas en puntos secundarios y que no se refieran á la salud de á bordo, la autoridad proseguirá el examen ordinario y visará la patente de sanidad, entregándola al comandante é imponiéndole las penas que fuesen establecidas en el Reglamento.

§ 8º. En la hipótesis del párrafo 6º la patente de sanidad secuestrada por la autoridad sanitaria será remitida al médico del lazareto flotante, el que la entregará al comandante después de terminado el examen riguroso, ó de cumplida

la cuarentena. El mismo médico visará dicha patente y anotará en el *billete de libreplática* el tratamiento que el navío hubiese sufrido. Este billete quedará en poder del comandante.

§ 9º Si el puerto en que tales operaciones ó exámenes se hubiesen practicado fuese el del término del viaje, la patente de sanidad que el navío hubiese traído quedará en poder de la repartición de Sanidad Marítima.

DE LA VISITA SANITARIA INTERNA

Art. 56.—La visita sanitaria interna tiene por fin averiguar el estado sanitario de los navíos ya fondeados y tomar providencias en el sentido que ese estado exija.

Art. 57.—La visita sanitaria interna será hecha una vez por día, á hora fija en épocas normales; sin embargo, cuando la autoridad sanitaria lo juzgase conveniente, podrá ordenar que esa visita sea hecha cuantas veces lo considere necesario.

Art. 58.—La bandera de nacionalidad del navío, izada en el mástil de proa, significa que hay enfermo á bordo, y la visita sanitaria se dirigirá con preferencia á las embarcaciones que tuviesen semejante señal, á fin de examinar al enfermo y proceder de conformidad con este Reglamento.

Art. 59.—Si el enfermo estuviese afectado de enfermedad común, la autoridad sanitaria lo comunicará por escrito al comandante, y esta comunicación autorizará al mismo comandante á tratar al enfermo á bordo ó en tierra, según le convenga.

Art. 60.—Si el enfermo estuviese afectado de enfermedad contagiosa, la autoridad sanitaria se guiará por lo que le indican las siguientes hipótesis:

a) La enfermedad contagiosa no es pestilencial exótica;

b) La enfermedad contagiosa es pestilencial exótica;

En ambos casos se realizarán otras tres hipótesis:

1ª La enfermedad reina en el puerto y la ciudad;

2ª Reina solo en el puerto ó solamente en la ciudad;

3ª No reina en el puerto ni en la ciudad;

§ 1° Si la enfermedad contagiosa no fuese pestilencial exótica y reinase en el puerto y en la ciudad, la autoridad procederá de acuerdo con las instrucciones que hubiese recibido del Jefe del servicio, haciendo transportar al enfermo á la enfermería que estuviese destinada para tal fin y aconsejará las medidas de higiene y de desinfección á bordo que fueran precisas.

§ 2° Si el navío estuviese próximo á otros que no se hallaren contaminados, la autoridad sanitaria mandará removerlo para el *fondeadero de vigilancia*, quedando á su bordo un médico ó un guarda sanitario, según lo juzgue el Departamento.

§ 3° Si la enfermedad contagiosa no pestilencial exótica, reinase solamente en el puerto ó solo en la ciudad, se procederá de conformidad á los párrafos anteriores, cuidando la autoridad sanitaria de impedir las comunicaciones entre el navío contaminado y otros inmunes, ó entre él y la ciudad. Esa interdicción podrá ser rigurosa hasta el punto de llevar el navío al *fondeadero de cuarentena*, donde quedará detenido durante el tiempo necesario para su completo saneamiento.

§ 4º Si la enfermedad no reinase ni en el puerto ni en la ciudad, el navío será inmediatamente enviado para el *fondeadero de cuarentena*, aislado y convertido en lazareto. Solo después de saneado se le permitirá volver al fondeadero general.

Art. 61.—Si la enfermedad contagiosa que apareciera á bordo de cualquier navío surto en el puerto fuese pestilencial exótica, y si se realizan las hipótesis 1 y 2, la autoridad sanitaria procederá según las órdenes que hubiera recibido, y en el caso de la hipótesis número 3 mandará el navío inmediatamente á la estación cuarentenaria próxima, donde serán observadas, con relación á ese navío, las disposiciones referentes á las cuarentenas de rigor.

Art. 62.—Ningún Comandante podrá enviar á tierra ni conservar á bordo los enfermos que aparezcan en su navío, sin previa autorización de la autoridad sanitaria, mediante examen de los enfermos.

Párrafo único.—El Comandante que infringiese esta disposición incurrirá en las penas del reglamento especial.

Art. 63.—Ningún médico podrá ir á bordo de un navío fondeado, para examinar ó tratar cualquier enfermo, sin aviso previo á la autoridad sanitaria, la cual deberá ir en compañía del mismo médico á enterarse de la naturaleza de la enfermedad.

Párrafo único.—El médico que no cumpliese lo que este artículo determina, incurrirá en las mismas penas que el párrafo único del artículo anterior establece para el Comandante.

Art. 64.—Quedan exceptuados de las disposiciones de los dos artículos anteriores, los casos de accidentes traumáticos.

DE LOS FONDEADEROS

Art. 65.—Habrá en cada puerto, siempre que sea posible, tres fondeaderos sanitarios.

El fondeadero de visita.

El fondeadero de vijía; y

El fondeadero de cuarentena.

Art. 66.—Estos fondeaderos serán designados por la autoridad sanitaria de acuerdo con la autoridad marítima.

VII

DEL TRATAMIENTO SANITARIO

Art. 67.—El objeto del tratamiento sanitario es poner á los buques, pasageros y tripulantes, así como á los efectos y la carga, en condiciones de que no puedan trasmitir una enfermedad y que no sean un peligro ni para la salud pública, ni para la de los mismos viajeros.

Art. 68—A los fines indicados en el artículo anterior, la autoridad sanitaria procederá á tener un conocimiento completo de los hechos y á practicar una observación minuciosa á fin de investigar la contaminación cierta ó probable y á aplicar las medidas de desinfección, etc., necesarias al aniquilamiento de los gérmenes patógenos.

Art. 69.—Con arreglo á estos principios y á lo establecido en el artículo 20, las medidas de rigor serán siempre aplicables á los buques sospechosos ó infectados y los plazos, formados por días completos de 24 horas cada uno, se contarán desde la aplicación de las medidas profilácticas suficientes, á juicio del Departamento y salvo los convenios á que se refiere el artículo 71.

Art. 70.—Los buques que no tengan médico argentino embarcado ó Inspector Sanitario y que sean considerados en la categoría de sospechosos ó infectados serán siempre sometidos á cuarentena de rigor.

La duración de la cuarentena de rigor será determinada por el tiempo de la incubación máxima de la enfermedad pestilencial que se quiere evitar, es decir, *diez días* para la fiebre amarilla, *ocho* para el cólera, y *veinte* para la peste oriental.

Esta duración se contará desde que se haya practicado por la autoridad sanitaria la completa desinfección del navío.

Art. 71.—Los buques que tengan médico argentino embarcado ó Inspector Sanitario viajero y tengan instalaciones con arreglo á lo prescripto en el artículo 14, serán sometidos al siguiente tratamiento:

a) Procede de puerto sucio ó sospechoso y la duración del viaje ha sido menor que la del período de incubación máxima de la enfermedad. Declaraciones satisfactorias del Inspector Sanitario viajero; no ha ocurrido novedad alguna á bordo y todos los papeles en orden, se le someterá á cuarentena completamente quedando á bordo el Inspector Sanitario para continuar en la observación del buque y pasajeros, tomando todas las medidas que son de su obligación conforme á lo prescripto en este reglamento é instrucciones del Departamento.—Terminado el período de cuarentena y previa orden del Departamento, pasará al fondeadero de visita, donde recibirá la del médico de sanidad y será puesto en libre plática.

b) El buque se encuentra en las mismas condiciones que anteriormente y el viaje ha sido mayor que el período de incubación máxima de la en-

fermedad que se quiere evitar, libre plática, previa visita.—Tanto en este caso, como en el anterior y en el siguiente, se supone que el navío no trae objetos sospechosos con que hubieran podido contaminar á los pasajeros y tripulación; pero si no hubiesen sido desinfectados ó precisaren todavía la desinfección, la libre plática de la embarcación solo tendrá lugar después de terminada la desinfección de dichos objetos; en caso contrario, navío y personas serán sometidas á cuarentena de rigor.

c) En un buque en esas condiciones ha ocurrido uno ó más casos á bordo.—Se aplicarán los mismos principios establecidos en los párrafos anteriores, y siempre:

Que el *Inspector Sanitario viajero* certifique la fecha exacta de la terminación del último caso, la ejecución de todas las medidas de desinfección indicadas en las instrucciones que el mismo Inspector hubiese recibido del Jefe del Servicio Sanitario, conforme á este Reglamento, y el perfecto estado actual de la salud á bordo.

Que la autoridad sanitaria compruebe la veracidad de las informaciones prestadas.

En estos casos, á los efectos de su duración, el viaje comenzará á contarse desde la última desinfección suficiente; después de la terminación del último caso y según el número de días transcurridos, se pondrá en libre plática ó se aplicará cuarentena complementaria.

Dicha cuarentena complementaria será practicada en el Lazareto, salvo el caso de no haber en éste sitio disponible, lo que permitirá efectuarla á bordo.

Si el navío, en el momento de su llegada, tuviese personas atacadas de enfermedad pestilencial, serán

éstas alojadas en el Hospital Flotante y los pasajeros sometidos á cuarentena.

El navío quedará sujeto á lo que para tales emergencias dispongan los reglamentos de los lazaretos.

Quedarán también sujetos á lo establecido en el párrafo anterior los navíos que habiendo tenido casos de enfermedad pestilencial, aunque no los presenten en el momento de su llegada. no hubiesen sido convenientemente desinfectados ó la autoridad sanitaria tuviera sospechas á su respecto.

Art. 72.—Al navío que habiéndose sometido á los preceptos del Reglamento, no pudiese sujetarse á la cuarentena que le fuera impuesta, se le permitirá recibir parajeros á condición de que:—1°. Ninguna embarcación procedente de él comunique con tierra—2°. Las embarcaciones que de tierra fuesen conduciendo pasageros para el navío, queden sujetas á las medidas cuarentenarias impuestas al mismo.

Art. 73.—Las personas atacadas de enfermedad pestilencial que se enfermasen á bordo de los navíos detenidos ó en los lazaretos, serán pasadas al hospital flotante, siempre. que fuese posible; las atacadas de enfermedad contagiosa serán trasladadas á un local aislado, y las de enfermedades comunes á una enfermería anexa al lazareto, donde quedarán después de curadas sujetas á la cuarentena en que se hubiesen complicado, dado caso que no hubiesen podido ser removidas para algún hospital de tierra una vez terminada la cuarentena del grupo de pasajeros á que pertenecían.

Art. 74.—Todos los gastos que demande la aplicación del tratamiento sanitario, desinfección, cuarentena y demás análogos, serán por cuenta de las respectivas compañías.

VIII

DE LOS LAZARETOS

Art. 75.—La autoridad sanitaria dispondrá del número de lazaretos que las necesidades del servicio de profilaxia exija.

Art. 76.—En los lazaretos fijos no se admitirán sinó los pasajeros que, debiendo cumplir cuarentena de rigor ó complementaria, no presentasen síntoma alguno de enfermedad pestilencial exótica ú otra contagiosa.

Art. 77.—En los lazaretos flotantes serán recibidos los pasageros que hubiesen estado en contacto con personas atacadas de enfermedad pestilencial exótica y que fuesen, por consiguiente, considerados sospechosos.

Art. 87.—En los hospitales flotantes serán recibidos los atacados de enfermedad pestilencial exótica procedentes de los lazaretos fijos ó flotantes, de los navíos que llegasen infectados, ó de los que estuviesen surtos en el puerto.

Art. 79.—Los lazaretos fijos y flotantes tendrán hospitales adscriptos, para atender á los atacados de enfermedades comunes, y uno especial de aislamiento para los atacados de enfermedades contagiosas no pestilenciales.

Art. 80.—En los lazaretos fijos y flotantes se observará rigurosamente el principio general que prescribe el aislamiento, el cual se aplicará á los diversos grupos de pasajeros llegados al establecimiento en la misma fecha.

El aislamiento de cada grupo debe comprender también al personal de servicio.

Art. 81.—Tanto los lazaretos fijos como los flotantes, así como los hospitales serán dotados del número de

estufas de desinfección por el vapor de agua que fuese indispensable.

Art. 82.—Los equipajes, ropas, y demás objetos, que los cuarentenarios de las diversas clases llevasen consigo, serán previamente desinfectados á su entrada á los respectivos establecimientos donde aquellos deban cumplir espurgo, debiendo repetirse estas operaciones cada vez que ocurriese entre ellos algún caso de enfermadad pestilencial exótica.

Estas nuevas desinfecciones solo alcanzarán á los equipajes, ropas, etc., del grupo de pasajeros á que hubiese pertenecido el enfermo en cuyo caso la cuarentena primitiva para ese grupo se renovará á contar desde el último caso, ó sea de la desinfección á que este dé lugar.

Art. 83.—Los convalecientes de enfermedades pestilenciales procedentes de los hospitales flotantes, harán, antes de ser puestos en libre plática, una cuarentena cuya duración será igual al período de incubación máxima de la enfermedad que hubiesen padecido. Esta cuarentena se cumplirá en el lazareto flotante.

Art. 84.—El desembarque de equipajes, ropas y demás objetos de los pasajeros que hubiesen purgado cuarentena en los lazaretos flotantes, no podrá hacerse en caso alguno, sin previa desinfección en el momento de desembarque.

Art. 85.—En los casos en que no hubiese sitio disponible en los respectivos lazaretos, el espurgo podrá hacerse á bordo del mismo navío en que hubiesen llegado los pasageros.

Este Reglamento que aún rige en el día, sufrió algunas modificaciones en lo que se refiere á su aplicación á las procedencias de la República Oriental del Uruguay.

En efecto, como no existía acuerdo alguno con esta República después de denunciada la Convención, resultaba que las medidas profilácticas que se aplicaban en ambos países á los navíos procedentes de Europa ó del Brasil, no eran armónicas ni regulares,—pues buques que para los Orientales eran de procedencia limpia y como tales recibidos sin estorbo alguno en Montevideo, veíanse sometidos luego al tratamiento sanitario establecido por el Gobierno Argentino á su arribo á Buenos Aires, donde esos mismos navíos habían sido clasificados como infectados ó sospechosos.

El criterio que servía para establecer la clasificación era variable, y si bien cada nación conserva el derecho de legislar sobre Higiene Sanitaria en el sentido que más le agrade ó lo autoricen su Constitución y sus Leyes, no es menos exacto que hallándose ambos países tan inmediatos y en constante comunicación, tal desigualdad en la apreciación de las condiciones higiénicas de los transportes que trae aparejada y como una consecuencia obligada una diferencia en el tratamiento sanitario correspondiente, no podía dejar de crear serias dificultades al comercio y al libre tránsito.

Esta irregularidad, esta verdadera anarquía sani-

taria que ha reinado con caracteres más ó menos graves y por mucho tiempo entre estas Repúblicas hermanas, ha sido la fuente de numerosos *conflictos sanitarios* frecuentemente explotados por la prensa diaria cuyo criterio no estuvo siempre en favor de aquellos que sosteniendo el Reglamento Sanitario y su aplicación extricta, creyeron y aún piensan haber cumplido con un deber que les imponía el cargo que el Gobierno les confiara.

Favorecidos por la situación geográfica, por la poca inmigración y menor número de pasajeros que relativamente á la Argentina fijan su residencia allí, los orientales han podido ser más tolerantes que nosotros en la aplicación de las medidas profilácticas, y como por su parte, el Departamento Nacional de Higiene no podía tratar á las procedencias directas de ese país, indemne de padecimientos exóticos importables, de la misma manera que lo hacía con aquellos que accidentalmente y solo de tránsito arribaban á sus puertos, resultaban irrisorias y hasta injustas las medidas precaucionales á que eran sometidas.

Los pasajeros de vapores que la autoridad Argentina, de acuerdo con su Reglamento, estimaba como sospechosos ó infectados y que por el contrario eran clasificados como de procedencia limpia por la autoridad Oriental, entraban libremente á ese país, y esos mismos pasajeros tomando inmediatamente los transportes directos de la carrera

entre ambas naciones, llegaban á nuestros puertos sin sufrir ningún tratamiento profiláctico, al paso que aquellos que continuaban su viaje en el vapor de ultramar, veíanse obligados á su arribo á Buenos Aires á cumplir las prescripciones sanitarias establecidas por dicho Reglamento. Diose más de una vez el ejemplo de que pasajeros llegados al Rio de la Plata en un mismo vapor se hallaran parte disfrutando de toda su libertad en las calles de nuestra capital,—aquellos que habían trasbordado en Montevideo; — al paso que otros estaban sufriendo el tratamiento sanitario en la isla de Martín García,— aquellos que no se habían trasbordado.

Esta práctica era sin duda perjudicial, era arbitraria é injusta; pero no era posible modificarla ni regularizarla si el Gobierno Argentino no prestaba su apoyo decidido al Departamento Nacional de Higiene, cuya institución solicitaba aplicar á las procedencias de Montevideo el mismo tratamiento sanitario que el que correspondía á los buques procedentes del Brasil ó de Europa, según el Reglamento vijente, siempre que los pasajeros con el fin de violar sus disposiciones, hubiesen trasbordado en aquel puerto en los vapores de la carrera directa.

No obstante los serios inconvenientes que esta determinación había de ocasionar llegó un momento en que debió cumplirse, y los vapores de la carrera directa entre el Estado Oriental y la Ar-

gentina trayendo pasajeros de trasbordo, fueron detenidos y obligados á sufrir en la rada ó en el Lazareto de Martín García las medidas de desinfección establecidas. Pero como esta situación no podía perpetuarse sin graves perjuicios para ambas naciones, los Gobiernos respectivos por intermedio de sus instituciones técnicas resolvieron allanar las dificultades estableciendo un convenio ó *modus vivendi* hasta que pudiesen legislar definitivamente sobre tan importante asunto.

Con tal objeto la Junta de sanidad de Montevideo envió á Buenos Aires en carácter de delegado al Dr. D. Luis Brusco, y el Departamento Nacional de Higiene nombró en igual carácter á un miembro de su seno, el Dr. Telémaco Susini.

Ambos delegados después de algunas reuniones fijaron las bases de ese acuerdo que vino á poner término á las irregularidades ligeramente apuntadas.

Las bases del acuerdo ó *modus vivendi* aprobadas por el Departamento en sesión especial fueron las siguientes:

Bases para establecer un acuerdo entre el Departamento Nacional de Higiene Argentino y la Junta de Sanidad de Montevideo.

CAPÍTULO I

DE LAS INFORMACIONES SANITARIAS

1ª Las informaciones que comprueben la existencia de una enfermedad pestilencial exótica, (fiebre amarilla y cólera asiático) obligan á tomar medidas precaucionales á ambas corporaciones, cualquiera que sea el Cónsul ó Delegado Sanitario que las trasmita.

2ª Se procurará que ambos cónsules ó delegados se pongan de acuerdo para hacer la información y que ésta sea firmada por ambos.

3ª Cuando estén en desacuerdo, se les pedirá ratificación, y en caso que continúe la divergencia, con arreglo á lo establecido en la base 1ª, se tendrá como cierta la que sea afirmativa de la existencia de casos, con el objeto de someter á tratamiento sanitario solamente á los navíos que salgan de los puertos en la fecha en que se afirma la existencia de una enfermedad pestilencial.

Las autoridades sanitarias, mientras tanto, pedirán nuevas informaciones al respecto para proceder á la clasificación de los puertos que sean objeto de estas divergencias.

4ª En caso de que cualquiera de ambas corporaciones sanitarias tuviesen informaciones dignas de crédito respecto á la existencia de casos de cólera ó fiebre amarilla en algún Estado, se tendrá en cuenta con el objeto de pedir datos oficiales, pero mientras no lleguen éstos, los navíos que salgan de aquellos puntos y en la fecha de la

dicha información, serán sometidos al tratamiento sanitario correspondiente.

5ª Los delegados sanitarios ó cónsules que aseveren la existencia ó no de uno ó más casos de enfermedad exótica especificarán todos los datos que los hayan puesto en estado de afirmar ó negar la existencia de la enfermedad con arreglo á las instrucciones que reciban y que se procurará sean uniformes en ambos países y que comprenderán:

1º Lugar donde ha ocurrido el caso y donde se encuentra el enfermo.

2º Fecha de la enfermedad.

3º Origen de la misma.

4º Cómo se tuvo conocimiento, si oficial ó privadamente.

CAPÍTULO II

DE LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE LOS PUERTOS

Infectado y sospechoso

6ª A los efectos de este acuerdo, se considerarán como infectados por cólera asiático:

a) Aquel que lo tuviera en estado epidémico.

b) En el caso que existan casos aislados y no se adopten medidas profilácticas con objeto de evitar su propagación

7ª Se considerará como sospechoso de cólera asiático:

a) Aquel que tuviera uno ú otro caso de dicha enfermedad, sin llegar á constituir foco, aunque se tomen medidas de aislamiento y desinfección.

b) A todos los de un Estado en que exista uno declarado infectado.

c) A las naciones limítrofes que teniendo fácil y fre-

cuente comunicación, no tomasen medidas de precaución contra el punto infectado, por la vía marítima y terrestre.

d) Los puertos de las otras naciones situados sobre el mismo mar ú océano y que no se precaviesen.

e) Los que no se precaviesen suficientemente de los puertos infectados.

8ª Se considerará como infectado de fiebre amarilla:

a) Aquel que la tuviera en estado epidémico.

b) Aquel en el cual reinando endémicamente llegaran á producirse casos aislados y repetidos de Noviembre á Mayo.

c) Aquel en el cual la enfermedad fuera desconocida y se difundiera por importación, bastando en esta circunstancia la existencia de un solo caso.

9ª Se considerarán puertos sospechosos por fiebre amarilla aquellos que no se precaviesen de los infectados y los que tuviesen comunicaciones fáciles y frecuentes con los mismos.

10ª Una vez declarado infectado ó sospechoso un punto empezará á contarse la interdicción desde un período anterior de *diez días* para la fiebre amarilla y de *ocho* para el cólera, á la fecha en que se comprobó la existencia del cólera ó fiebre amarilla, rigiendo para ambos países desde el mismo día.

CAPÍTULO III

DE LA DECLARACIÓN DE PUERTOS LIMPIOS PARA LOS ANTERIORMENTE INFECTADOS Ó SOSPECHOSOS

11ª Para levantar las cuarentenas se pedirán los informes á los Cónsules ó Delegados Sanitarios en la misma forma que para imponerlas.

12ª Una vez llegados los informes que constaten la desaparición del cólera, se hará veinte días después, la declaración de limpias para dichas procedencias que han sido declaradas infectadas ó sospechosas.

13ª La declaración de puertos limpios para los que han sido declarados infectados y sospechosos, por fiebre amarilla, se harán en la siguiente forma:

a) Para los primeros *diez días* después de haberse constatado la terminación de la epidemia ó de los últimos casos repetidos de Noviembre á Mayo.

b) Para los puertos sospechosos, cinco dias después de la desaparición de la epidemia ó de los últimos casos ocurridos de Noviembre á Mayo en el puerto infectado.

CAPÍTULO IV

DEL TRATAMIENTO SANITARIO

14ª Ambas Corporaciones reconocen que las medidas profilácticas prescriptas en los respectivos reglamentos son las mismas, con relación á este acuerdo y para evitar toda duda resuelven especificarlas en este protocolo.

15ª Los navíos que tengan Inspector Sanitario y todas las instalaciones con arreglo á lo prescripto en los reglamentos de ambos países, serán sometidos al tratamiento siguiente:

a) Procede de un punto sucio ó sospechoso y la duración del viaje ha sido menor que la de la incubación máxima de la enfermedad—declaraciones satisfactorias del Inspector Sanitario—no ha ocurrido novedad alguna á bordo y todos los papeles en orden, se les someterá á cuarentena complementaria, quedando el Inspector á bordo, para continuar

las medidas pue son de su obligación y continuar en la observación del buque.

b) El buque se encuentra en las mismas condiciones que anteriormente y el viaje ha sido mayor que el período de incubación máxima de la enfermedad que se quiere evitar, libre plática, previa visita de Sanidad.

Tanto en este caso como en el anterior y en el siguiente, se supone que el navío no trae objetos sospechosos con que hubiera podido contaminar á los pasajeros y tripulación; pero si no hubieran sido desinfectados ó precisasen todavía la desinfección, la libre plática de la embarcación solo tendrá lugar después de terminada la desinfección de dichos objetos:—en caso contrario, navío y personal serán sometidos á cuarentena de rigor.

c) En un buque en esas condiciones ha ocurrido uno ó más casos á bordo. Se aplicarán los mismos principios establecidos en los párrafos anteriores, y siempre:

Que el Inspector sanitario certifique que la fecha exacta de la terminación del último caso, la ejecución de todas las medidas de desinfección aconsejadas en las instrucciones de los reglamentos respectivos, y el perfecto estado actual de salud á bordo.

Que la autoridad Sanitaria compruebe la veracidad de las informaciones prestadas.

En estos casos, á los efectos de su duración, el viaje comenzará á contarse desde la última desinfección suficiente; después de la terminación del último caso y según el número de días transcurridos, se pondrá en libre plática ó se aplicará cuarentena complementaria.

d) Si el navío en el momento de su llegada tuviese personas atacadas de enfermedad pestilencial serán sometidas á cuarentena de rigor en los términos que se establecen en los reglamentos sanitarios respectivos.

16ª Los buques que no tengan Inspector Sanitario y que sean considerados en la categoría de sospechosos ó infectados serán siempre sometidos á cuarentena de rigor.

La duración de la cuarentena de rigor será determinada por el tiempo de la incubación máxima de la enfermedad pestilencial, es decir, *diez días* para la fiebra amarilla y *ocho* para el cólera.

CAPÍTULO V

DE LOS INSPECTORES SANITARIOS DE NAVÍO

17ª En caso que la Junta de Sanidad de Montevideo establezca el Cuerpo de Inspectores Sanitarios de navío, el Departamento de Higiene Argentino los reconocerá en las mismas condiciones que á los Argentinos, así como actualmente lo hace aquella con los últimos, siendo entendido que los dichos Inspectores serán de nacionalidad oriental.

18ª Ambas corporaciones estudiarán desde ya un proyecto de Convención y Reglamento Sanitario, teniendo en cuenta la experiencia adquirida desde que estuvo en vigencia la Convención anterior, para presentarla al Congreso Sanitario á que ha convocado el Gobierno Argentino, Brasilero y Paraguayo.

CAPÍTULO VI

DE LA DURACIÓN Y CARÁCTER DE ESTE ACUERDO

19ª Mientras no tenga sanción legislativa este acuerdo revestirá el carácter de provisorio ó *modus vivendi* entre las autoridades sanitarias de ambos países; por consiguiente, cualquiera de ellos podrá denunciarlo y cesarán sus efectos inmediatamente después de denunciado.

....

CAPÍTULO III

Proyecto del Departamento Nacional de Hígiene modificando el Reglamento Sanitario.—Decreto del Superior Gobierno reglamentando bajo una nueva forma el tratamiento sanitario para las procedencias infectadas ó sospechosas. (18 Abril de 1895).

Estando convencidos algunos miembros del Departamento Nacional de Higiene que las medidas restrictivas rigurosas establecidas por el Reglamento Sanitario, podían sin grave peligro para la salud pública atenuarse y ser reemplazadas por disposiciones más suaves y más en armonía con los progresos científicos alcanzados en estos últimos años sobre la profilaxia de las enfermedades infecciosas, presentaron á la consideración del Consejo en la sesión celebrada el 6 de Marzo de 1895, el siguiente proyecto:

Considerando que actualmente el Departamento Nacional de Higiene tiene ya una organización apropiada y cuenta con personal apto para practicar la higienización completa de cualquier navío á su arribo á la bahía;

Que, dados los medios de profilaxia modernos y una vez instaladas estaciones sanitarias en los principales puer-

tos de la República y estaciones de las vías férreas al interior, se puede garantir la salud pública sin perjudicar al comercio con prolongadas cuarentenas, siempre que se apliquen con rigurosidad medidas higiénicas á todo buque que llegue, sea cual fuere el estado sanitario del puerto de procedencia,

El Departamento Nacional de Higiene;

RESUELVE:

Artículo 1°. Desde la fecha quedan suprimidas las cuarentenas en las formas establecidas hasta hoy por el Reglamento Sanitario Marítimo, debiéndose aplicar en adelante el siguiente tratamiento sanitario á las procedencias de Europa:

1°. Los buques procedentes de puertos limpios y que no hayan hecho escala en puerto declarado infectado ó sospechoso, entrarán en libre plática, previa visita de sanidad, si no ocurre novedad á bordo.

2°. Los buques procedentes de puerto limpio, que hubieran tocado en alguno europeo declarado sucio ó sospechoso, serán recibidos en libre plática, previa rigurosa desinfección, si no ocurre novedad á bordo.

3°. Los buques procedentes de puerto europeo declarado infectado ó sospechoso, si no hubieran tenido desde cinco días antes del arribo ningún caso de enfermedad exótica—confirmado ó sospechoso — entrarán en libre plática, previa una rigurosa desinfección.

4°. Los buques procedentes de puertos europeos sucios ó sospechosos, ó que, procediendo de puertos limpios, hayan hecho escala en alguno de los anteriores y que conduzcan á su bordo más de 100 pasajeros de proa, desembarcarán éstos en Martín García para la desinfección de sus ropas y equipajes, y el buque y demás pa-

sajeros obtendrán libre plática, previa desinfección personal.

5°. Cuando algún buque llegue á la rada teniendo á su bordo casos sospechosos ó confirmados de enfermedad exótica, ó se le declaren durante su estadía, los enfermos serán trasladados al Hospital flotante, los pasajeros de proa desembarcados en el Lazareto de Martín García, para la desinfección de sus ropas y equipajes, y el buque y demás pasajeros obtendrán la libre plática, previa una desinfección rigurosa.

Art. 2°. Cuando cualquiera de los buques en que se hayan producido casos de enfermedad exótica, durante el viaje ó su estadía en la rada, entre al puerto, se le embarcará un guardia sanitario encargado de su observación por el tiempo que se crea prudente.

Igual procedimiento se observará con cualquier buque, en las mismas condiciones, que siga viaje á los puertos interiores.

Art. 3° Todos los buques que, según esta resolución, estén sugetos á desinfección rigurosa á su arribo á la rada, quedarán exentos de ella y podrán entrar libremente, previa visita de sanidad, siempre que traigan á su bordo un guardia sanitario concedido por el Departamento y embarcado en Las Palmas, San Vicente, Tenerife, Dakar, Bahía, Pernambuco ó Río Janeiro, que certifique las buenas condiciones del navío y que durante el viaje no ha habido novedad en la salud general, que no la hay al arribo y que se han hecho en la travesía, bajo su vigilancia, las desinfecciones convenientes.

Las procedencias del Brasil quedarán sugetas al siguiente tratamiento sanitario:

1°. Los buques procedentes del Brasil, ó con escala en el mismo, que traigan á su bordo un inspector sani-

tario argentino ó brasilero, que certifique que en el momento del embarque ha visitado á todos los pasajeros y tripulantes, no habiendo á bordo ningún enfermo de fiebre amarilla. Que ha prácticado, según las instrucciones, la desinfección del navío. Que durante la travesía no se ha producido ningún caso sospechoso ni confirmado de fiebre amarilla, serán sometidos al siguiente tratamiento sanitario:

a) Si el puerto brasilero fuere infectado ó sospechoso de fiebre amarilla, el período de observación será de ocho días, á contar desde el momento de la partida.

Los pasajeros de primera clase podrán desembarcar inmediatamente de la llegada del buque, pero sugetos á la vigilancia de la autoridad sanitaria del lugar de residencia.

La carga podrá ser desembarcada, á excepción de las ropas, paños, trapos, colchones y todos objetos de uso y servicio personal, así como las balijas, baules, cajas ó bolsas usadas para guardar estos objetos.

Tendrán entrada libre todos los productos de los mercados brasileros.

2º Los buques que no traigan inspector sanitario, sufrirán en el puerto cinco días de observación, pudiendo desembarcar los pasajeros de primera clase y la carga, en las condiciones anteriormente enunciadas.

3º Los buques en los que se haya producido, en la travesía ó en la rada, casos de fiebre amarilla, al entrar al puerto embarcarán un guardia sanitario para su observación durante el tiempo que se juzgue prudente, como asimismo los que en iguales condiciones quieran seguir á los ríos.

4º. Los buques á cuyo bordo se hayan producido casos de fiebre amarilla durante la travesía ó en la rada,

quedan sujetos á las medidas precaucionales que determine el Departamento.

J. M. Ramos Mejía, Alberto Costa, José Penna. Enrique Revilla, F. Alvarez.

El estudio de este proyecto dió lugar á una larga discusión que ocupó varias sesiones y en la cual tomaron parte todos sus miembros.

Imposible me sería presentar aquí en forma concreta las diversas opiniones que se sostuvieron; solo creo oportuno decir que entre aquellos que lo combatieron se hizo notar particularmente el doctor Telémaco Susini, quien en un brillante discurso procuró demostrar los inconvenientes que resultarían en la práctica en el caso de que fuera sancionado.

Como yo me encontraba entre los firmantes de la nueva reglamentación, sostuve las ventajas que en mi opinión se conseguirían con las modificaciones introducidas á la reglamentación antigua y fundaba la razón del tratamiento relativamente suave que por él se imponía á las procedencias infectadas ó sospechosas del Brasil en la experiencia obtenida, por las importaciones anteriores de fiebre amarilla á nuestro país y en el estudio mismo de esas epidemias.

El lector que desee informarse con más detalles sobre este asunto podrá consultar el acta de la fecha indicada; debiendo prevenir que el discurso

del distinguido doctor Susini que aparece en ella y que ha sido publicado en «Los Anales del Departamento Nacional de Higiene» (Año V, números 20, 21, 22 y 23) engloba como en uno solo, discursos sucesivos pronunciados en los diferentes días que duró la sesión permanente, y que mi réplica, igualmente publicada, no se comprendería si no hiciera presente que ella se limitó á contestar las observaciones hechas por dicho colega el primer día, pues no asistí á las reuniones posteriores.

Yo defendí la tolerancia, la atenuación del tratamiento sanitario *á las procedencias del Brasil* porque estaba y estoy convencido de que, dada nuestra organización sanitaria actual y la poca tendencia revelada por las epidemias de fiebre amarilla que hemos sufrido, para que sus gérmenes se instalen y se fecunden en el país, las medidas profilácticas especificadas en el proyecto eran suficientes para impedir la importación; y para que en el caso en que por excepción ésta se efectuase, la epidemia pudiera ser aniquilada en su origen, porque á esto mismo tiende de una manera espontánea el germen de la enfermedad, y nos han bastado para dominarlas muchas veces en estos últimos 24 años, empleando medidas profilácticas menos severas y perfectas que las que actualmente recomendamos.

Pero para que el lector pueda apreciar mejor la base de mi razonamiento transcribiré á continuación la parte pertinente.

....

En efecto, ¿qué nos enseña el estudio de nuestras epidemias de fiebre amarilla? Nos enseña que los gérmenes de esta enfermedad tienen una resistencia notable para prosperar entre nosotros y que cuando han llegado á establecerse en forma epidémica ha sido en épocas de abandono y de verdadera incuria administrativa.

Así la primera epidemia de fiebre amarilla importada al Río de la Plata efectuóse en Montevideo en el mes de Febrero de 1857. Los navíos importadores fueron «Le Courrier», «Warp» y «Prince». La enfermedad atacó á un tercio de la población calculada en 15.000 habitantes, muriendo á consecuencia de ella 1200 individuos. La epidemia duró hasta el mes de Junio.

Durante el reinado de esta epidemia el puerto de Buenos Aires estuvo abierto y en libre comunicación con Montevideo y aun cuando algunos casos allí producidos vinieron á morir á esta capital, la epidemia no se desarrolló aquí.

En esa época ¿qué medidas de desinfección se empleaban? ¿qué aislamiento? En fin ¿qué procedimiento sanitario existía? Ninguno: una que otra hoguera ardiendo en las esquinas y los vapores nitrosos obtenidos echando ácido nítrico sobre fragmentos de cobre, constituían toda la práctica preventiva de aquellos buenos tiempos.

Pero en Marzo del año siguiente de 1858 la fiebre amarilla apareció entre nosotros importada del Brasil, no de Montevideo, y atacó á la población que vivía en la calle de Balcarce, próxima al antiguo Hospital de Hombres. La enfermedad apareció por focos aislados, pa-

sando de una casa á otra casa, y hasta el mes de Mayo, en que cesó, produjo sólo 250 casos, con 150 muertos, sobre una población calculada en 120.000 habitantes.

¿Cuáles fueron las causas que hicieron cesar esta epidemia en aquellos tiempos en que el pavimento de nuestras calles estaba al descubierto, en que no existían aguas corrientes, ni cloacas, ni instituciones sanitarias, en una palabra, en que la higiene y su práctica eran casi desconocidas? Sería difícil admitir la acción administrativa cuando ella brillaba por su ausencia. Estos hechos autorizan, pues, á pensar que la fiebre amarilla y sus gérmenes no tienen entre nosotros elementos favorables para su sostenimiento y desarrollo.

En el año 1870, repitióse un hecho análogo con la epidemia llamada del *Hotel de Roma*, porque se inició y terminó en sus inmediaciones, produciendo unos cuarenta casos.

¿Por qué se extinguió esta epidemia nacida en una época propicia como era el mes de Febrero, fecha de su principio é importada por un pasajero del vapor «Poitou»? Nueva prueba de la resistencia local para admitir la evolución y el crecimiento de sus agentes esenciales.

Llegamos á la epidemia del año 1871, que muchos recuerdan con verdadero pavor. ¡14.000 cadáveres fueron su consecuencia!

Esta epidemia haría excepción á la regla y daría argumento á nuestros adversarios; pero cuando se la estudia tranquilamente y sin ánimo preconcebido, se advierte pronto que el estallido mórbido fué la consecuencia del abandono más absoluto de todas las reglas de profilaxia conocidas.

Esta epidemia, ignorada en su principio, permaneció por más de un mes acantonada en algunas cuadras de la

parroquia de San Telmo. Allí se la combatía sin energía, mientras la prensa, encabezada por el doctor Bilbao, en «La República», el doctor Garbizo (de Montevideo) y otros, discutían, sin base sólida la naturaleza de esa enfermedad, que bien pronto habría de enlutar á esta capital. Se perdió en discusiones inútiles un tiempo precioso; el carnaval, cuyos bailes empezaban allá por la noche buena y terminaban en semana santa, se jugó entonces y se celebró con un fausto nunca visto; y los desórdenes obligados de esa *carnestolenda* avivaron la hoguera que pronto ardió con fulgor.s funestos.

Si la epidemia del año 1871 revistió el carácter grave que todos conocemos se debió á que no fué combatida convenientemente en su principio, y porque en esa época nuestros servicios sanitarios, en embrión, no contaban con los elementos suficientes para dominarla.

Si hoy mismo procediéramos de un modo análogo con cualquiera otra enfermedad infecciosa, aunque fuera endémica, nadie sabe hasta dónde podría llegar en sus efectos desvastadores; pues en la esfera del contagio abandonado á sus caprichos, nadie admite más límite que el resultante del agotamiento por un primer ataque, en caso de dar inmunidad, y en su ausencia, á la influencia estacional que aniquila la virulencia de los gérmenes.

Por lo tanto, la epidemia de 1871 no puede ser utilizada como argumento en contra de nuestro proyecto.

Después de esa fecha tenemos las epidemias de Montevideo en los años 1872, 1873 y 1878. ¿Que dicen esas epidemias bien limitadas respecto al poder virulento de la causa de la fiebre amarilla? Revelan también la existencia de causas contrarias que dificultan la propagación, que limitan su desarrollo y que ponen término á su estallido sin grandes pérdidas humanas. Esas epidemias importadas del Brasil, nacieron, se desarrollaron y murieron

atacando relativamente á pocas personas. ¿Por qué? ¿Han sufrido la acción destructora de la desinfección? No. ¿Han sufrido el aislamiento y los efectos de una profilaxia sistemada y suficiente? No. Entonces admitamos que si la fiebre amarilla ha llegado alguna vez á tomar un crecimiento inusitado y á mostrarse como una enfermedad popular elevada á la categoría de azote, la causa y la culpa está en el abandono total de todo sistema sanitario conocido, y de ninguna manera en sus causas inmediatas, que languidecen desde el momento que pretenden prosperar en nuestro clima templado y sobre nuestro suelo que se niega á sustentarlas.

¿Y qué decir de los casos aislados observados en Buenos Aires desde 1883 hasta la fecha? Suman una regular cifra de hechos de importación sin ser seguidos de epidemia. Estos casos comprueban mis afirmaciones y pienso seriamente que la fiebre amarilla no debe, bajo ningún concepto, ser tan temida y que ya es tiempo de que cesen las medidas coercitivas establecidas para defendernos de ella, pues la mejor defensa está en la desinfección prolija, en el saneamiento de nuestras capitales y en la fundación de estaciones sanitarias en nuestros puertos, que han sido y son la entrada obligada de las enfermedades exóticas que tenemos que combatir. No olvidemos que la fiebre amarilla es una enfermedad del litoral; que las provincias del interior están garantidas, y que la experiencia nos ha enseñado que á dos ó tres leguas de la costa de nuestros ríos, esta enfermedad jamás alcanzó.

Llevemos al litoral nuestra defensa, establezcamos allí nuestra vigilancia, hagamos que los gobiernos de esas provincias higienicen sus ciudades, establezcan instalaciones sanitarias, hospitales de aislamiento, servicios de investigación de los casos producidos y habremos realizado el ideal de nuestro servicio sanitario.

. . . .

. . . .

Esta larga discusión terminó sancionando el Consejo por mayoría un nuevo proyecto que modificaba al anterior, y es el que insertamos á continuación:

PROYECTO SANCIONADO

Considerando que actualmente el Departamento de Higiene tiene una organización apropiada y cuenta con el personal apto para practicar la higienización completa de cualquier navío á su arribo á la rada;

Que una vez en vigencia la ley de profilaxia por la cual quedarán uniformadas las medidas profilácticas á que deberán sujetar sus disposiciones las autoridades de cualquier punto de la República;

Que instaladas en los principales puertos y ciudades de la misma, estaciones sanitarias, con un servicio organizado y permanente, se puede garantir la salud pública;

El Departamento Nacional de Higiene,

RESUELVE:

Artículo 1º Solicítase del Superior Gobierno la modificación en la parte pertinente del Reglamento Sanitario Nacional en vigencia, de la manera siguiente:

a) Los buques procedentes ó que hayan hecho escala en puertos sospechosos ó infestados de cólera, serán recibidos en libre plática previa rigurosa desinfección siempre que no tengan, ni hayan tenido novedad á bordo.

b) En caso que traigan enfermos confirmados ó sospechosos de cólera, éstos serán aislados, los demás pasajeros, previa desinfección, desembarcarán por grupos y clases, su-

jetándose á las disposiciones que al respecto establezca el Departamento Nacional de Higiene.

El buque una vez higienizado será puesto en libre plática, embarcando un guarda sanitario encargado de hacer su observación por el tiempo que se juzgue prudente.

Art. 2º Todos los buques que, según esta resolución, estén sujetos á desinfección rigurosa á su arribo á la rada, quedarán exentos de ellos y podrán entrar librevente previa visita de sanidad, siempre que tengan á su bordo un Inspector Sanitario concedido por el Departamento y embarcado en Las Palmas, Tenerife, San Vicente, Dakar, Pernambuco, Bahía ó Rio Janeiro, que certifique las buenas condiciones del mismo y que durante el viaje no ha habido novedad en la salud general, que no la hay al arribo y que se han hecho en la travesía bajo su vijilancia las desinfecciones convenientes.

Art. 3º Los buques procedentes ó que hayan hecho escala en puertos sospechosos ó infestados de fiebre amarilla, serán recibidos en libre plática previa desinfección, siempre que traigan á su bordo un Inspector Sanitario oficial, que certifique que: en el momento de su embarque ha visitado todos los pasajeros y tripulantes, y tomado todas las disposiciones que prescribe el Reglamento Sanitario Marítimo; que durante la travesía no se ha producido ningún caso de fiebre amarilla y que su duración ha comprendido el período de incubación de la enfermedad.

1º Si el buque llegare antes de terminar el período de incubación sin tener novedad á bordo, los pasajeros desembarcarán por grupos y clases una vez terminada la desinfección de las ropas susceptibles de ser infectadas, quedando sujetos á la vijilancia de la autoridad sanitaria local, y con este objeto los pasajeros darán sus nombres y domicilios, donde ván á residir los diez primeros días, y el que faltare á lo dispuesto en este artículo dando domicilio

falso ó ausentándose de su domicilio sin dar aviso á la autoridad sanitaria, sufrirá la multa que oportunamente determine el P. E. El buque sufrirá el tratamiento complementario.

2º Si el buque á su arribo tuviera enfermos de fiebre amarilla á bordo, éstos serán aislados y los pasajeros desembarcarán en las condiciones del artículo anterior, siempre que, por las circunstancias del caso, el Departamento Nacional de Higiene no resolviera tomar medidas especiales.

3º Los buques que no traigan inspector sanitario embarcarán á su arribo un guarda sanitario para practicar la desinfección y serán considerados como si trageran enfermos á los efectos del tratamiento sanitario.

Elevado como es de orden este proyecto al Superior Gobierno, éste, por un Decreto expedido el 18 de Abril determinó una serie de medidas nuevas que no eran ni en la letra ni en la forma aunque sí en el fondo, las que el Departamento había estudiado.

Ahora bien, este Decreto que para entrar en vigencia exije el cumplimiento de determinadas condiciones que hasta el presente no han sido satisfechas, es el que aquí consignamos:

Buenos Aires Abril 18 de 1895.

CONSIDERANDO:

1º Que todas las naciones han excluído de la profilaxia las medidas restrictivas del tráfico que constituían los antiguos sistemas sanitarios y las han reemplazado por pro-

cedimientos más en armonía con los progresos de la higiene y de la medicina etiológica, como la inspección médica, la desinfección y la vigilancia de los viajeros, que sin afectar la libertad del comercio son más eficaces para la protección de la salud;

2º Que se ha demostrado en todos los congresos científicos y está comprobado por la experiencia, que las cuarentenas marítimas son vejatorias para las personas, ruinosas para el comercio é inseguras en sus resultados preventivos;

3º Que la convención de Dresde, suscripta por los representantes más notables de la ciencia en los distintos Estados europeos con excepción de los de Portugal, Turquía y Grecia, contiene la base y las prescripciones á que se sujeta hoy la profilaxia en los países civilizados, sin más variaciones que las que imponen las condiciones sanitarias y la organización de los servicios médicos en cada nación;

4º Que el sistema profiláctico adoptado en Dresde ha sido experimentado en vasta escala en Europa, con completo suceso;

5º Que Francia lo aplicó el año 1890 sobre las fronteras de España, y el 92 sobre la frontera Belga y Alemana con motivo del cólera de Amberes y sobre todo de la terrible epidemia de Hamburgo;

6º Que la oficina sanitaria imperial de Alemania, una de las corporaciones de más autoridad científica en Europa, consideró vejatoria toda medida que, respecto de los pasajeros procedentes de Hamburgo, excediera de la obligación, de parte de aquéllos, de declarar el lugar de residencia para ser sometidos á la vigilancia de la autoridad sanitaria;

7º Que tratándose de la fiebre amarilla, si bien es cierto, que su germen no se ha aislado, también lo es que la de-

sinfección rigurosamente aplicada impide el desarrollo de la enfermedad;

8º Que la ciudad de Nueva Orleans, de gran movimiento comercial y donde la fiebre amarilla es endémica; tan solo ha tenido casos aislados de aquella enfermedad desde que estableció la desinfección marítima en 1881;

9º Que actualmente el Departamento Nacional de Higiene tiene una organización apropiada y cuenta con un personal apto para practicar la higienización completa de cualquier navío á su arribo á la rada y;

10. Finalmente, que la ciudad de Buenos Aires, que es el puerto de destino de todos los buques procedentes del exterior, por sus excelentes condiciones sanitarias y la organización de los servicios higiénicos, puede, como Berlín y Londres, dar todas las garantías posibles contra la importación de enfermedades exóticas, sin imponer al comercio y á los viajeros más obligaciones que las extrictamente necesarias;

El Presidente de la República,

DECRETA:

Art. 1º Considérase infectado:

1º Todo buque que á su arribo al puerto tenga cólera ó fiebre amarilla á bordo.

2º Todo buque que haya tenido cólera ó fiebre amarilla á bordo y que la data del último caso al arribo del buque á nuestro puerto sea menor de cinco días para el cólera, ó menor de diez para la fiebre amarilla.

Art. 2º Es sospechoso todo buque á bordo del cual se hayan producido casos de cólera ó fiebre amarilla, en el punto de partida ó durante la travesía de aquél, siempre que la data del último caso al arribo del buque á nuestro

puerto sea mayor de cinco días para el colera y de diez para la fiebre amarilla.

Son igualmente sospechosos los buques procedentes de un puerto infectado, que hubiesen efectuado el viaje á nuestro puerto en un período de tiempo menor de cinco días para el cólera y de diez para la fiebre amarilla.

Art. 3º Es considerado *indemne* todo buque que no ha tenido ningún caso de cólera ni de fiebre amarilla á bordo en el punto de partida, ni durante el viaje, siempre que éste se haya efectuado en un período de tiempo mayor de cinco días para el cólera y de diez para la fiebre amarilla, aunque proceda de un puerto *infectado*.

Art. 4º Un puerto está infectado cuando existe en él el cólera ó la fiebre amarilla en estado epidémico. Es decir, que son los focos y no los casos aislados de aquellas enfermedades los que caracterizan la infección del puerto.

Art. 5º Quedan sin efecto los artículos 7º, 8º y 22 del reglamento sanitario marítimo sobre la clasificación de puertos y de buques.

Art. 6º Los buques *infectados*, cualquiera que sea su procedencia, que tengan aparatos de desinfección, estufas y médico á bordo que sea responsable del perfecto estado higiénico del buque, serán sometidos al tratamiento sanitario siguiente:

a) Inspección sanitaria del buque.

b) Desembarco y aislamiento inmediato en el hospital ó lazareto de las personas.

c) Desembarco inmediato y libre plática de las personas sanas, previa desinfección de sus ropas, equipajes, balijas y todos los objetos de uso y servicio personal, que por su naturaleza y estado higiénico puedan ser vehículo de contagio. Las personas que reciban la libre plática en estas condiciones, están obligadas á declarar el lugar del territorio argentino donde deban fijar su re-

sidencia, y á presentarse á la autoridad administrativa ó policial del distrito de esta última, dentro de las seis horas de su llegada.

d) El Departamento Nacional de Higiene llevará un registro de los pasajeros que reciban la libre plática en las condiciones indicadas en el párrafo anterior, y dará aviso á la autoridad administrativa ó policial del distrito á donde se dirija cada pasajero, indicándole la procedencia de este último y el tiempo durante el cual deberá ser vigilado.

e) Se efectuará la desinfección y evacuación completa del agua de la cala del buque. Se practicará la desinfección total del navío, y por último, se reemplazará el agua de bebida de á bordo por agua potable en perfecto estado de pureza.

f) Dentro de los cinco primeros días de la llegada de un buque infectado á nuestro puerto, no se permitirá bajar á tierra á ninguna persona perteneciente á la tripulación del buque sin permiso de la autoridad sanitaria concedido especialmente en cada caso.

Art. 7º Los buques *sospechosos* serán sometidos á las medidas indicadas en las letras *a*, *c*, *d*, *e*, del artículo anterior. Con excepción de los casos indicados en el artículo 9º, el navío sospechoso no podrá ser detenido más del tiempo extrictamente necesario para practicar las medidas indicadas en el párrafo anterior.

Art. 8º Los buques *indemnes* serán admitidos en libre plática cualquiera que sea la clase de su patente, según el artículo 30 del reglamento sanitario marítimo, y sin más trámite que la visita sanitaria á que se refieren el artículo 47 y siguientes del capítulo VI del citado reglamento sanitario marítimo.

Art. 9º Los buques *infectados* que no tengan estufa de desinfección, cuyo estado sanitario sea deficiente ó

malo, que conduzcan inmigrantes ó pasajeros de tercera clase, á nuestro puerto, hacinados en lugares extrechos y sucios, quedan sujetos á las medidas de aislamiento y desinfección que el Departamento Nacional de Higiene prescriba en cada caso; pero la detención del navío y de los pasajeros nunca excederá el período de incubación de la enfermedad que se trate de evitar, *cinco* días para el cólera y *diez* para la fiebre amarilla, que deberá contarse desde la fecha del último caso ocurrido á bordo.

Art. 10. Los navíos que sin haber tenido cólera ni fiebre amarilla á bordo, son sospechosos por proceder de puerto infectado y haber efectuado el viaje á nuestro puerto en un período de tiempo menor de *cinco* días para el cólera y de *diez* para la fiebre amarilla, (párrafo 2º del artículo 2º), que presenten un certificado de la autoridad del puerto infectado de que procedan, en que conste que todas las medidas indicadas en el artículo anterior se han tomado en el puerto de procedencia, antes de la partida del buque; que éste ha sido previamente desinfectado, en la cala, sentina, en todos sus compartimentos; que ha sido provisto de agua pura é insospechable; que se ha hecho la inspección del embarque y no se ha permitido el acceso á bordo de ninguna persona sospechosa; que las mercaderías, ropas, maletas, etc., contaminadas ó sospechosas han sido previamente desinfectadas, serán puestos en libre plática, previa visita médica; y los pasajeros serán vigilados en el lugar de residencia, por el tiempo que falte para completar el del período de la incubación de la enfermedad de que se trate, contando la duración de la travesía del buque.

Art. 11. Todo buque que parta de un puerto argentino contaminado ó sospechoso, será sometido antes de su partida al tratamiento sanitario siguiente: se le desin-

fectará en todas sus partes, cala, sentina y demás compartimentos: se le proveerá de agua pura en cantidad suficiente; se impedirá el embarco de personas enfermas ó sospechosas; las mercaderías, vestidos y todo objeto contaminado ó susceptible, no se embarcarán sin ser previamente sometidos á una rigurosa desinfección; se prohibirán las visitas á los pasajeros en el momento del embarco de éstos, de personas procedentes de sitios epidemiados.

La autoridad sanitaria argentina expedirá á las autoridades del buque un certificado en el que conste el nombre del navío, el número de pasajeros que conduce y el tratamiento de desinfección á que se le ha sometido.

Art. 12. El Departamento Nacional de Higiene propondrá al Ministerio del Interior, á la brevedad posible, el material sanitario, estufas, cubas de desinfección, pulverizadores;—las instálaciones y la cantidad y calidad de agentes desinfectantes requeridos para la desinfección marítima, en relación con el número, naturaleza é importancia de los navíos que llegan á nuestro puerto, y para concurrir eficazmente á cualquier distrito contaminado del país que solicitare su auxilio.

Art. 13. Declárase puerto único de entrada para la recepción y tratamiento sanitario de todos los buques contaminados ó sospechosos con destino á puertos argentinos, el puerto de la capital de la República.

El sitio de fondeadero de los buques contaminados y sospechosos á que se refiere el párrafo anterior, será fijado por el Departamento Nacional de Higiene.

Art. 14. El Departamento Nacional de Higiene proyectará á la mayor brevedad la reglamentación técnica de la desinfección en el puerto y la reglamentación del personal actual, de manera que responda á lo establecido

en el presente decreto y elevará dicho proyecto al P. E para su aprobación.

Art. 15. Las compañías de navegación serán directamente responsables en el caso de falsas declaraciones de los médicos de á bordo sobre la fecha de la producción de los casos de cólera en los buques, sin perjuicio de las penas en que incurran los referidos médicos. Oportunamente se gestionará de los gobiernos extranjeros la adopción de medidas comunes tendentes á asegurar la veracidad de las declaraciones médicas y la rapidez y severidad del castigo en el caso de ocultación de enfermos ó falsedad en la manifestación del estado sanitario de un buque.

Art. 16. Quedan derogados los artículos correspondientes al capítulo VII del reglamento sanitario marítimo en todo lo que se opongan á lo establecido en el presente decreto.

Art. 17. Este decreto se pondrá en vigencia cuando el Departamento Nacional de Higiene, comunique poseer el material y personal necesario, para cumplir con todas sus prescripciones, sin peligro para la salud pública.

Art. 18. Comuníquese, publíquese y dése al R N.

URIBURU.
Benjamín Zorrilla.

INDICE

CAPÍTULO I

Primeras epidemias de fiebre amarilla en el Plata

MONTEVIDEO (1857)—BUENOS AIRES (1858)

CAPÍTULO II

Epidemias de los años 1870 y 1871 en Buenos Aires

(TERCERA Y CUARTA IMPORTACIÓN AL RÍO DE LA PLATA)

CAPÍTULO III

Consideraciones sobre el orígen de la epidemia de fiebre amarilla del año 1871

CAPÍTULO IV

Estudio clínico de la epidemia—Mortalidad

CAPÍTULO V

Casos aislados de fiebre amarilla importados que no dieron orígen á epidemias

CAPÍTULO VI

Casos aislados de fiebre amarilla que no dieron origen á epidemia

(CONTINUACIÓN)

CAPÍTULO VIII

Importación de la fiebre amarilla al puerto de Buenos Aires y Montevideo en los años 1892, 1893 y 1894

CAPÍTULO IX

Estudio clínico de los enfermos de fiebre amarilla producidos en el Puerto de Buenos Aires en el año 1893

CAPÍTULO X

Estudio clínico de los casos de fiebre amarilla producidos en los vapores procedentes del Brasil, durante el viaje ó después de su llegada al Puerto de Buenos Aires.

LEGISLACION SANITARIA

CAPÍTULO 1

CAPÍTULO II

CAPÍTULO III

OBRAS DEL MISMO AUTOR

La Uremia (Tésis inaugural—estudio experimental, 1879. . . . . . . 1 folleto
Tratamiento de la viruela hemorrágica. 1884. 1 folleto
Consideraciones sobre los casos de fiebre amarilla importados, 1884. . . . . . . 1 folleto
La viruela en la América del Sud y particularmente en la Argentina (Historia, Estadística, Clínica y Profiláxia). 1885. . . . . . 1 volúmen
El cólera y su tratamiento (Estudio clínico, 1888 . . . . 1 volúmen
La cremación en América y particularmente en la Argentina, 1889. . . . . 1 volúmen
Estudio sobre la epidemia de Gripe ó Influenza en la Argentina en el año 1890. . . . . 1 folleto
La epidemia de Influenza en Buenos Aires durante el año 1892. . . . . 1 folleto
Del Rol de las epidemias en la despoblación de América, (Discurso inaugural), 1893. . .
EN PRENSA—*Las epidemias de cólera en la República Argentina,* (Estudio histórico, estadístico, etc.). . . . . 1 volumen